

Personas que se inyectan drogas: del sujeto epidemiológico al sujeto de derechos

Angélica Ospina-Escobar

Introducción

El libro *El Sida en México: los efectos sociales*, coordinado por Francisco Galván e impreso a finales de 1988, nos permite visualizar el proceso de construcción social de la epidemia en sus primeros momentos y analizar los efectos de este proceso en el tipo de respuestas en materia de salud pública que, en ese momento, el Estado y la sociedad fueron construyendo frente al virus.¹ Este ejercicio cobra vital importancia hoy, 34 años después, para subrayar que, aun cuando el virus es una condición biológica, es también una construcción social, que se va forjando al calor de las pugnas entre diferentes actores sociales e institucionales en el marco de discursos y tecnologías nacionales e internacionales, y en contextos de transformaciones culturales profundas que hemos vivido en relación con la sexualidad, el género, los derechos humanos, nuestras búsquedas de placer y que también han moldeado nuestras representaciones frente al virus, las personas que viven con él y los procesos de atención que este supone.

En estas tres últimas décadas de VIH en México hemos afinado los procesos de vigilancia epidemiológica, al tiempo que los discursos y estrategias de prevención y atención se han complejizado. El debate en torno a los derechos humanos y los factores estructurales que aumentan no solo la exposición al virus, sino que empeoran su pronóstico y agudizan las condiciones de estigma y exclusión de las personas, ha tomado un lugar central. Hemos pasado de hablar de “comportamientos de riesgo” para dar lugar a conceptos como determinantes sociales de la salud, contextos de riesgo, intervenciones estructurales o prevención combinada. Nos preguntamos en este marco, qué ha cambiado en los discursos y las prácticas frente a las personas que se inyectan

¹ Francisco Galván. *El Sida en México: los efectos sociales*. México: Ediciones de Cultura Popular / Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco, 1988.

drogas (PID), que no son mencionadas en el libro de Galván, pese a que, desde su aparición en México, el VIH se asoció con personas usuarias de heroína.

Si los discursos “forman sistemáticamente los objetos de los que hablan”,² los silencios también enuncian el lugar que ocupan las distintas “poblaciones clave” en el imaginario social y ello incide en el alcance que toman la atención en salud y la capacidad de movilización para la reivindicación y promoción de sus derechos. Aunque desde los primeros años de la epidemia se identificó a las PID como una población con alta prevalencia,³ no fue visible de la misma manera que otras poblaciones. Esta invisibilización responde en parte a la representación que como sociedad hemos construido del “adicto” como personas sin voluntad, sin capacidad de agencia, de pensamiento o consentimiento, sin derecho a la autonomía, sin voz frente a sus prácticas de consumo y sin un discurso frente a su salud. Este tipo de representaciones sociales ha dificultado articular un movimiento social de PID, que por sí mismas aboguen por su derecho al tratamiento antirretroviral, alcen la voz por sus derechos y que construyan sus propias narrativas frente al VIH. No es menor que quien escribe este texto lo haga desde el lugar de la experta, pero no de la población misma que encarna el estigma, la discriminación, la exclusión radical y el silenciamiento.

De este modo, no podemos hablar de las “personas que se inyectan en México” sin preguntarnos críticamente por la representación que hemos construido del “adicto” y de los procesos políticos, sociales e institucionales que le dieron forma; de los discursos imperantes alrededor del prohibicionismo frente a las drogas, los discursos médicos y jurídicos en torno a la “adicción” y los discursos garantistas de los derechos humanos.

El objetivo de este texto es historizar cómo se han construido las narrativas e imaginarios en torno a las PID en México a partir de la convergencia de dispositivos de prevención, detección y tratamiento de VIH y de dispositivos de criminalización y disciplinamiento de las personas usuarias de drogas, de manera que podamos desnaturalizar a esa entidad abstracta que la epidemiología denomina “persona que se inyecta drogas”. Este intento de historización requiere necesariamente ir más allá de la historia del VIH, para dar cuenta de

² Michel Foucault. *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI, 2010, 49.

³ Las primeras encuestas centinela revelaban prevalencias de entre 1.5% y 9%. Carlos Magis-Rodríguez et al. “Epidemiología del SIDA en México”, en José Ángel Córdova Villalobos y Samuel Ponce de León (eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008, 101-20.

cómo el régimen global de prohibición frente a las drogas sienta las bases sobre las cuales se institucionalizan los dispositivos discursivos y tecnológicos que configuraron la atención al VIH en esta población.

Para contar esta historia de la construcción social del sujeto “personas que se inyectan drogas” a través de la atención al VIH en México, revisé fuentes documentales y realicé entrevistas en profundidad. Para ello, hice una revisión exhaustiva de documentos oficiales producidos por Censida (Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida) desde 1986 a 2019 y que están disponibles en línea, de artículos académicos en el que se incluye a las PID de alguna ciudad de la República desde 2000 a 2019 y, por último, una revisión sobre la historia de los arreglos institucionales alrededor del control de la oferta y la demanda de drogas, que es el contexto más amplio en el que se inserta el desarrollo de los dispositivos de prevención y atención al VIH en PID.

La revisión documental fue complementada con entrevistas a directoras de organizaciones de la sociedad civil que implementan programas de reducción de riesgos y daños (RRyD)⁴ con PID y a actores institucionales que han coordinado los dispositivos de prevención y atención al VIH dirigidos específicamente a esta población. Las entrevistas tenían como finalidad describir los contextos en los que operan los programas de RRyD dirigidos a PID en el país, conocer las motivaciones y los discursos que llevaron a abrir una oferta de servicios hacia esta población y cómo esa oferta de servicios fue tomando forma en dispositivos específicos de atención.

Presento en un primer momento algunas cifras para situar la importancia que toma el VIH en términos epidemiológicos entre PID. Posteriormente introduzco al(a) lector(a) en la historización de la construcción del sujeto PID. Esta historización está organizada en tres momentos, que corresponden al inicio

⁴ La reducción de daños son políticas, programas y proyectos que buscan promover la salud de las personas que por diversas condiciones no quieren o no pueden dejar de usar sustancias y suelen tener una base comunitaria de intervención y acercamiento antropológico a la población con miras a establecer relaciones de cooperación que permitan no solo consolidar la estrategia de intervención, sino también propiciar la participación de la misma población en estrategias de promoción de la salud. Mientras la reducción de daños pone énfasis en los comportamientos de riesgo y las sustancias, la reducción de riesgos se orienta a intervenir los contextos de uso y las políticas de drogas, enfatizando en la relación sujeto-sustancia-contexto. Mauricio Sepúlveda Galeas y Oriol Romaní Alfonso. “Conceptualización y políticas de la gestión del riesgo”, en David Pere Martínez Oro y Joan Pallarés Gómez (eds.), *De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*, Lleida (España): Milenio, 2013, 89-102.

de la epidemia en la década de 1980, el advenimiento de los discursos sobre la vulnerabilidad en la década de 1990 y el fortalecimiento del discurso de RRD a partir de 2000. Para cada momento reconstruyo el contexto político-institucional, las políticas emergentes para el control de la oferta y la demanda de drogas y los cambios vividos en México en torno a la atención al VIH en términos de marcos conceptuales y dispositivos de atención. Para cerrar este recorrido histórico, presento un análisis de los avances y retos que persisten para garantizar el derecho a la salud de esta población en el país. Concluyo el texto planteando la necesidad de construir nuevas narrativas frente a las personas que usan sustancias ilegalizadas, tanto inyectables como no inyectables, desde las cuales se promueva y fortalezca el ejercicio de sus libertades individuales y de su ciudadanía.

La epidemiología del VIH en PID en México

La principal limitación para realizar epidemiología del VIH en PID es la dificultad para captar a esta población, al ser el uso de ciertas sustancias una práctica socialmente estigmatizada y criminalizada. En consecuencia, la vigilancia epidemiológica de VIH en esta población se ha focalizado principalmente en las ciudades de Tijuana y Ciudad Juárez, por el alto volumen de PID reportado en las encuestas de adicciones, lo que facilita su captación. Mexicali se ha incluido solo en algunos estudios y a partir de 2015 se incluyeron estudios en Hermosillo y San Luis Río Colorado, debido al incremento en el uso de sustancias inyectadas en estas ciudades, según reportes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

A partir de 2000, y gracias a la sofisticación de las estrategias muestrales con poblaciones difíciles de alcanzar, se empezó a documentar la relación entre VIH y drogas inyectadas en México de manera más sistemática;⁵ sin embargo, las diferencias en las prevalencias entre un estudio y otro nunca han dejado de ser relevantes, evidenciando los retos de la medición cuando se desconoce el universo de PID y los posibles sesgos que supone cada experiencia de muestreo.

Por ejemplo, los primeros estudios centinela para el periodo 1991-1996 reportan prevalencias de VIH entre PID que van desde 1.5% a 9%, siendo más altas las prevalencias en población ubicada en lugares de encuentro que en

⁵ Magis-Rodríguez et al. "Epidemiología del SIDA en México", 101-20.

aquella que se encontraba en centros de tratamiento o en centros de reclusión.⁶

Bucardo y colaboradores encontraron en 2000 una prevalencia de VIH de 2.5% y 1.3% entre PID reclutados en cárceles en Tijuana y Ciudad Juárez, respectivamente.⁷ En 2002, Brouwer y colaboradores encontraron prevalencias de VIH entre PID de Tijuana que fluctuaban entre 2.3 y 6.5%.⁸ Un año después (2003), la prevalencia encontrada fue de 4.01%,⁹ y en 2005, de 1.9%.¹⁰ No hay un análisis que ayude a comprender las fluctuaciones reportadas entre un estudio y otro.

En 2012 el Instituto Nacional de Salud Pública levantó una encuesta en lugares de encuentro de PID, encontrando prevalencias de VIH de 7.7% en Ciudad Juárez, 5.2% en Hermosillo y 4.2% en Tijuana.¹¹

Entre octubre de 2017 y abril de 2018, el Instituto Nacional de Psiquiatría realizó un estudio entre personas usuarias de heroína en Ciudad Juárez, San Luis Río Colorado y Tijuana, encontrando una prevalencia de 2.7% entre PID que residían en centros de tratamiento y 4.3% entre PID contactadas en sitios de consumo.¹² En este estudio encontraron prevalencias más altas en Tijuana en comparación con Ciudad Juárez, tanto en centros de tratamiento como en espacios de consumo (6.6% vs. 1.5% y 7.3% vs. 3.2%).¹³ Los últimos datos

⁶ Ídem; Marcelo de Luca et al. "La epidemia de SIDA en México al 2008", *Gaceta Médica de México* 146, no. 1 (2010), 45-49.

⁷ Jesus Bucardo et al. "Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections", *Drug and Alcohol Dependence* 79, no. 3 (2005), 281-293. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.02.003>.

⁸ Kimberly C. Brouwer et al. "Trends in Production, Trafficking and Consumption of Methamphetamine and Cocaine in Mexico", *Substance Use & Misuse* 41, no. 5 (2006), 707-727. DOI: 10.1080/10826080500411478.

⁹ Magis-Rodríguez et al. "Epidemiología del SIDA en México".

¹⁰ Kimberly C. Brouwer et al. "Trends in Production, Trafficking and Consumption".

¹¹ Sergio Bautista-Arredondo et al. "Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI", Cuernavaca, Morelos: Secretaría de Salud / Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 2012.

¹² Clara Fleiz et al. "Fentanyl Is Used in Mexico's Northern Border: Current Challenges for Drug Health Policies", *Addiction* 115, no. 4 (2020), 70. <https://doi.org/10.1111/add.14934>.

¹³ Fleiz et al. "Fentanyl", 71.

disponibles estiman una prevalencia de VIH entre PID de 5.8%,¹⁴ lo que ubica a las PID como la tercera población con más alta prevalencia de VIH después de las mujeres transgénero y los hombres que tienen sexo con hombres.

La literatura evidencia que las mujeres que se inyectan presentan prevalencias más altas que los varones. Entre 2006 y 2007, en un estudio prospectivo solo con PID de Tijuana, encontraron prevalencias de VIH en mujeres de 10%, y de 4% en varones.¹⁵ Con este panorama epidemiológico en mente, a continuación analizo cómo se ha construido históricamente la categoría “personas que se inyectan drogas”.

Las personas que se inyectan drogas en la historia del sida en México

Cuando empezamos a trabajar con usuarios, [en 1986] ellos mencionaban, “Por estas venas corren dólares”, pues en los ochenta, una dosis de heroína costaba alrededor de 20 dólares y no cualquiera, pues, disponía de al menos 40 dólares diarios para mantener el hábito de la heroína. Por eso la mayoría de usuarios eran operarios de fábricas o trailers. En esa época los usuarios de heroína no estaban tan desgastados, tan empobrecidos, tan enfermos como están ahora. Eran personas que tenían su trabajo, su familia, su vida, sus cosas. El hábito de inyectarse heroína no significaba delinquir ni ser marginales [...] Fue el mismo proceso de persecución de la droga lo que fue mermándoles calidad de vida.¹⁶

En este apartado describo los resortes institucionales y los elementos contextuales que contribuyeron al proceso de marginalización de las PID en México, y particularmente en la frontera norte. En especial, busco mostrar cómo la consolidación de la respuesta institucional a la epidemia del VIH en México,

¹⁴ Censida. “Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al SIDA”, México: Secretaría de Salud / Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida), 2018.

¹⁵ Steffanie A. Strathdee et al. “The Emerging HIV Epidemic on the Mexico-US Border: An International Case Study Characterizing the Role of Epidemiology in Surveillance and Response”, *Annals of Epidemiology* 22, no. 6 (2012), 426-438. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.04.002>.

¹⁶ María Elena Ramos, Programa Compañeros, A.C., entrevistada por Angélica Ospina Escobar en enero de 2020.

a la par con el fortalecimiento del régimen global de prohibición, promovió y afianzó una narrativa que fue tomando forma en la década de 1980, según la cual las personas que se inyectan drogas eran sujetos anormales, libertinos y desviados, y que para la década del noventa los empezó a representar además como peligrosos, tanto por ser potenciales vectores de transmisión del VIH, como por su asociación con mercados ilegales. Mi hipótesis es que esta estigmatización de las PID generó su ocultamiento y marginación social, lo que a su vez incidió de manera negativa en su calidad de vida y en sus procesos de salud-enfermedad-atención.

1980. La llegada de la epidemia a México: Las 4 H

En México, el primer caso de sida se detectó en 1983 en el Distrito Federal;¹⁷ tres años después, en 1986, se registró el primer caso en una PID.¹⁸ Desde entonces los discursos oficiales fueron identificando grupos poblacionales que se asociaban con mayor riesgo de infectarse de VIH, los cuales fueron conocidos como las 4H: Homosexuales, Hemofílicos, Heroínómanos y Haitianos. Con excepción de los hemofílicos, estas poblaciones condensadas en la etiqueta de 4H se convirtieron en el símbolo de estilos de vida reprobables socialmente y, en esa medida, fueron poblaciones culpabilizadas de la aparición y diseminación de la epidemia.¹⁹

La llegada del VIH a México coincidió en el tiempo con la consolidación de organizaciones criminales dedicadas a la producción, tráfico y comercialización de sustancias ilícitas y con el endurecimiento del régimen global de prohibición de las drogas.²⁰ Con la firma de la convención de 1988 contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, el tema del tráfico de drogas quedó concebido como un tema principalmente de seguridad nacional, pasando a segundo plano el componente de salud pública, lo que

¹⁷ Carlos Magis-Rodríguez et al. "La epidemia de SIDA en Mexico. Análisis global 1981-1996", *Gaceta Médica de México* 132, no. 5 (1996), 545-550.

¹⁸ Magis-Rodríguez et al. "Epidemiología del SIDA en México".

¹⁹ Miguel García Murcia et al. *Memoria de la lucha contra el VIH en México: los primeros años*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2010.

²⁰ Froylán Enciso. "Régimen global de prohibición, actores criminalizados y la cultura del narcotráfico en México durante la década de 1970", *Foro Internacional* 49, no. 197 (2009), 595-637.

facilitó los procesos de estigmatización y criminalización de personas usuarias de estas sustancias.²¹ El paradigma del riesgo con el que se inició la investigación epidemiológica en VIH encajó bien con los discursos que venían tomando forma bajo el régimen global de prohibición, abonando nuevos elementos que reforzaron la percepción de peligrosidad e indeseabilidad social de las PID.

En este primer momento, la noción epidemiológica de “poblaciones en riesgo” desde el campo de VIH se construyó a partir de la consolidación de un sistema de registro, clasificación y ubicación geográfica de casos.²² Desde el campo de las adicciones se diseñaron e implementaron las primeras encuestas nacionales de adicciones, se conformaron los Comités Estatales con las Adicciones y se creó el Sistema de Reporte de Información en Drogas de la Ciudad México, todos mecanismos que buscaban evaluar las tendencias y cambios del uso de sustancias psicoactivas en diferentes grupos poblacionales y coordinar su atención.²³ Estos dispositivos de saber tanto desde el campo del VIH como desde las adicciones, fueron construyendo una narrativa de “las drogas” como un problema social y edificando a las PID como una entidad homogénea²⁴ y estereotipada frente a la cual el Estado y las organizaciones de la sociedad civil se debían plantear unos modos particulares de intervención.

En 1985, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de Estados Unidos financió un estudio binacional en el circuito El Paso, Texas-Ciudad Juárez, Chihuahua, para comprender las condiciones y percepciones de riesgo al VIH en mujeres trabajadoras sexuales y/o parejas de varones inyectores.²⁵ En el

²¹ Ídem.

²² José Luis Valdespino Gómez et al. “Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995”, *Salud Pública de México* 37, no. 6 (1995), 556-571; Shanthi Noriega Minichiello et al. “The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001”, *AIDS* 16, suplemento 3 (2002), S13-S17. <https://doi.org/10.1097/00002030-200212003-00003>.

²³ Cabe mencionar que desde entonces el alcohol aparece como la principal sustancia psicoactiva de uso problemático en México, en todos los grupos poblacionales; sin embargo, la percepción del riesgo se ha enfocado de manera particular en las personas que usan sustancias ilícitas y la discusión sobre el alcohol ha sido siempre marginal.

²⁴ Varones, pobres, con antecedentes de delincuencia y conflictividad social, residentes principalmente en el norte del país.

²⁵ João B. Ferreira-Pinto et al. “Mexican Men, Female Sex Workers and HIV/AIDS at the U.S.-Mexico Border”, en Shiraz I. Mishra, Ross F. Conner, y J. Raúl Magaña (eds.), *AIDS Crossing Borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos*, Boulder, CO: Westview Press, (1996).

seno de este proyecto de investigación, se conformó el equipo de trabajo que un año después sería Programa Compañeros A.C., la primera organización civil que ofreció servicios de RRD en México. Hasta ese momento, ninguna organización pública o privada ofrecía algún servicio a personas que usaran drogas en contextos comunitarios. Programa Compañeros fue pionero en implementar estrategias de promoción de la salud en los lugares de encuentro de la población misma y en plantear la horizontalidad como la forma característica de aproximación a estas personas.

Sin embargo, las acciones del equipo de Programa Compañeros se configuraron alrededor de la concepción de las PID como un vector de transmisión del virus hacia otras poblaciones, en este caso mujeres, bajo la lógica epidemiológica del riesgo. Si bien desde principios del siglo XX se conoce de la existencia de fumadores de opio y PID en Ciudad Juárez, es solo a partir de la llegada del VIH que se empieza a plantear la ingente necesidad de acercar los servicios de salud a esta población, que había ganado visibilidad desde el paradigma del riesgo.

1990. La construcción social del riesgo y la vulnerabilidad al VIH

Durante la década del noventa, nuevos factores económicos y políticos siguieron favoreciendo el proceso de marginación y lumpenización²⁶ de las PID en la frontera norte de México. A raíz del NAFTA,²⁷ las ciudades fronterizas como Tijuana y Ciudad Juárez crecieron de manera precipitada,²⁸ y el comercio transfronterizo de mercancías legales se intensificó exponencialmente, al

²⁶ Por lumpenización me refiero al proceso de exclusión del sector productivo de grupos poblacionales, lo que les obliga a vivir sus vidas en condiciones “de desnutrición y degradación física a pesar de la riqueza que les rodea, incapaces de interactuar productivamente con la sociedad que les rodea [... y frente a los cuales] los efectos del biopoder y la gubernamentalidad han asumido cualidades destructivas”; Philippe Bourgois. “La lumpenización de los sectores vulnerables en la guerra contra la droga en Estados Unidos”, *Umbrales. Fugas de la institución total: entre captura y vida*. Andalucía: Universidad Internacional de Andalucía, 2011, 120.

²⁷ Tratado de Libre Comercio de América del Norte, por sus siglas en inglés, que entró en vigor en 1994.

²⁸ “Los mexicanos salieron de las cabañas rurales para trabajar en las plantas de montaje de la frontera. Durante los noventa Tijuana y Juárez crecieron a razón de una manzana de viviendas al día y los barrios periféricos se extendieron por las montañas,

igual que el tráfico de drogas ilegalizadas,²⁹ lo que llevó a un aumento en el control de los cruces fronterizos que terminó por aumentar la disponibilidad de ciertas sustancias ilícitas en algunas de las ciudades mexicanas ubicadas en la frontera norte de la República.³⁰

El consumo de cocaína y heroína se multiplicó en el país al final de la década de 1980,³¹ principalmente en la región norte del país y especialmente en Tijuana,³² donde grupos criminales instalaron centenares de “tienditas” para vender sustancias ilícitas, sobre todo en el centro y en los barrios bajos de la zona este,³³ zonas que hoy corresponden a los principales escenarios de encuentro de PID.

La respuesta institucional a esta mayor presencia de organizaciones criminales en las colonias populares y al aumento en la demanda de sustancias

barrios que luego serían el centro de la guerra de la droga”, Ioan Grillo. *El narco. En el corazón de la insurgencia criminal mexicana*. México: Urano, 2012, 129.

²⁹ Pues la mayoría de droga introducida a Estados Unidos era escondida en contenedores legales dentro de vehículos que pasaban la frontera. “Como el acuerdo redujo los costos de transporte, de 1995 a 2005 la actividad de camiones entre Estados Unidos y México se incrementó en casi un 31 por ciento, incrementando también el volumen de droga transportada”; Viridiana Rios Contreras. “How Government Structure Encourages Criminal Violence: The Causes of Mexico’s Drug War”, tesis de doctorado, Harvard University, 2012, 102. <https://dash.harvard.edu/handle/1/11156675>.

³⁰ Jesús Bucardo et al. “Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: Implications for the prevention of blood borne infections”, *Drug and alcohol dependence* 79, no. 3 (2005), 281-293. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.02.003>.

³¹ Linares Pérez menciona que en un estudio realizado entre 1974 y 1986 se encuentra que, para las ciudades de La Paz y Mexicali, el 0.4% y 0.2% de la población urbana entre 14 y 64 años, respectivamente, reportó consumo de heroína, y que la proporción de personas atendidas en los Centros de Integración Juvenil de la región noroccidental del país que reportaron uso de algún narcótico era cinco veces superior que en aquellos ubicados en otros estados fronterizos (sin incluir Tamaulipas) y diez veces mayor al reportado en la región centro del país, mientras que en la región sur no se detectó uso de heroína. Nivaldo Linares Pérez. “El consumo de drogas inyectadas en México: apuntes de las últimas dos décadas”, *Salud y drogas* 3, no. 2 (2003), 17-35.

³² Luis Astorga. *El siglo de las drogas. Del porfiriato al nuevo milenio*. México: DeBolsillo, 2016.

³³ Froylán Enciso. “Régimen de prohibición de drogas y narcotráfico”, en Arturo Alvarado y Mónica Serrano (eds.), *Seguridad nacional y seguridad interior, Los grandes problemas de México XV*, México: El Colegio de México, 2010, 61-104.

ilícitas fue incrementar la presencia policial y militar³⁴ en los barrios pauperizados, lo que desembocó en un aumento de violaciones a los derechos humanos de sus habitantes.³⁵ La lógica judicial frente a las sustancias ilícitas que se instauró desde finales de la década de 1980 y se consolidó durante 1990 se tradujo, para las personas usuarias, en una mayor criminalización y persecución por parte de las fuerzas de seguridad del Estado.³⁶ Frente al creciente riesgo de ser víctimas de torturas o ser encarcelados, las PID recurrieron al ocultamiento como una estrategia de protección, lo que reforzó su marginalidad.

A consecuencia del mayor control de la oferta de sustancias que empezaron a ejercer las organizaciones criminales, la heroína empezó a escasear por momentos, al tiempo que aumentó la disponibilidad de otras sustancias como la cocaína y el *crack*. En conjunto, ello propició patrones y dinámicas de uso de sustancias más riesgosas para la salud.

Antes había menos control de la frontera. La frontera era como una puerta corrediza para todos, también para los usuarios. Cuando no había heroína allá [en Estados Unidos], los usuarios venían acá [a Ciudad Juárez] y al revés también, los de acá pasaban y compraban allá. En los noventa esto cambió y por primera vez pasaba que no había heroína y las personas batallaban para encontrarla [...] En esa época se hizo famoso el *speedball*, la mezcla de heroína y cocaína, y entonces también vimos como cada vez había más cuerazos [absesos], pues no solo había cocaína, sino que la droga empezaba a estar cada vez más cortada y esto les producía otras complicaciones de salud.³⁷

³⁴ El aumento de la presencia militar empezó de forma pronunciada a finales de la década de 1990, durante la presidencia de Ernesto Zedillo.

³⁵ Mónica Serrano. "México: narcotráfico y gobernabilidad", *Pensamiento Iberoamericano*, no. 1 (2007), 251-278.

³⁶ Pues eran vistas como informantes clave para la identificación de los lugares de compra-venta de sustancias, y por tanto, objeto de prácticas de tortura y encarcelamiento; Angélica Ospina-Escobar. "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", tesis de doctorado, México: El Colegio de México, 2016.

³⁷ Ramos, entrevista.

En este contexto estructural, la respuesta institucional en materia de VIH y adicciones se consolidó a partir de dos elementos clave: el paradigma de los factores de riesgo y la llegada del tratamiento antirretroviral a México.

Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se adoptó la Encuesta Centinela de Infección por VIH, a través de la cual se incluyó la medición de los denominados “factores de riesgo”, además de las seroprevalencias entre grupos poblacionales *en riesgo*. Ello favoreció a su vez la formulación de estrategias de intervención centradas en dichos factores de riesgo, siendo prominentes aquellas basadas en el enfoque de comunicación para el cambio de comportamiento.³⁸

Por otro lado, a partir de 1991 estuvo disponible en México el primer tratamiento antirretroviral con AZT,³⁹ lo que transformó la manera de concebir al virus, repositonó a las personas que vivían con el virus en la exigencia de sus derechos frente al Estado y promovió el desarrollo institucional para garantizar la atención.⁴⁰

Con la cuantificación de los denominados “comportamientos de riesgo” se añadió una nueva capa a la visión estereotipada y estigmatizante que se promovió en la década anterior del heroinómano como vector de transmisión del virus. Hasta mediados de los noventa, el centro de la intervención estatal fueron los “comportamientos de riesgo” que, para el caso específico de las PID, se tradujo en la abstinencia como meta de la intervención, bajo el supuesto de que el problema era el uso de sustancias ilícitas que minaban la posibilidad de cuidar su salud. Las características asociadas al uso de heroína y el discurso previo frente a la corrosión del carácter del heroinómano reforzó el relato según el cual el uso inyectado de sustancias era una condición que “inevitablemente” producía VIH.⁴¹

³⁸ Juan Pablo Gutiérrez et al. “Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? *Revista de investigación clínica* 56, no. 2 (2004), 242-252. Valdespino et al. “Epidemiología del SIDA/VIH en México”.

³⁹ Valdespino et al. “Epidemiología del SIDA/VIH en México”; Carlos Magis-Rodríguez y Rodrigo Parrini Roses. “Nuestra epidemia, el Sida en México 1983-2002”, en Carlos Magis-Rodríguez et al. (eds.), *SIDA: Aspectos de salud pública. Manual*, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006, 15-25.

⁴⁰ Por ejemplo, se elaboraron los primeros manuales y guías de atención y vigilancia epidemiológica y se construyó de manera colectiva la norma federal para la prevención y el control del VIH.

⁴¹ Kenneth J. Rothman. *Modern Epidemiology*. Boston: Little, Brown & Co, 1986.

El heroinómano se construyó durante la década de 1990 como una víctima del flagelo de las drogas y del VIH frente al cual el Estado debía intervenir para liberarlo de las “cadenas” de la “adicción” que le impedían tener consciencia de su estado de salud y ser adherente a tratamiento. Dejar de usar sustancias se convirtió desde entonces en un condicionante para acceder a tratamiento antirretroviral. Dado que el “farmacodependiente” fue representado como un sujeto incapaz de decidir por sí mismo, el internamiento involuntario se erigió, condicionado por estos discursos, como la principal opción de tratamiento de estas personas.

En este contexto, la Secretaría de Salud lanzó el primer Programa Nacional para la Farmacodependencia, el Alcoholismo y el Tabaquismo, que reforzó la promoción de la abstinencia como la única alternativa frente al uso de sustancias.⁴² Fue justo en la década de 1990 que se registró un crecimiento acelerado de los centros de tratamiento no gubernamentales para el uso problemático de drogas, inspirados en los programas de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos,⁴³ los cuales solo empezaron a ser regulados en 1998 con la formulación de la primera norma oficial para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, que, entre otras cosas, habilitó el tratamiento compulsivo.

La lógica de la intervención hegemónica en el campo de las adicciones, según la cual sin abstinencia no había posibilidad de acceder a tratamiento antirretroviral, llevó a ampliar el diferencial de sobrevida de las PID con VIH en comparación con el resto de personas con VIH, quienes experimentaron una disminución sustancial en las cifras de mortalidad por sida a partir de 1997.⁴⁴

El internamiento aisló a las personas usuarias de sustancias de sus espacios de socialización y trabajo, e interrumpió sus trayectorias laborales y educativas. Ello erosionó aún más los ya de por sí constreñidos contextos de

⁴² Oscar Benassini F. “La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI”, *Salud Mental* 24, no. 6 (2001), 62-73.

⁴³ Shoshana Berenzon Gorn et al. “Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación”, *Salud Mental* 26, no. 5 (2003), 61-72.

⁴⁴ Censida. “Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA”, México: Secretaría de Salud / Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida), abril de 2016; Fátima Juárez y Cecilia Gayet. “El VIH/SIDA: un nuevo reto para la salud Pública”, en Manuel Ordorica y Jean-François Prud’homme (eds.), *Población, Los grandes problemas de México I*, México: El Colegio de México, 2010; Carlos Magis-Rodríguez et al. *Dos décadas de la epidemia del SIDA en México*. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del Sida (Censida), 2002.

vida de las personas pobres con uso problemático de sustancias, aumentando con ello la percepción de su “inadecuación” personal y social. El carácter involuntario del internamiento favoreció además una percepción del usuario de sustancias como un sujeto sin voz frente a sus procesos de salud-enfermedad-atención que legitimaron modelos de intervención paternalistas, los cuales, a su vez, dificultaron la politización y movilización social de esta población.

En contraste, la politización de la experiencia de vivir con VIH en ciertas poblaciones (LGBTIQ, mujeres, jóvenes, entre otras) las reposicionó en su relación con el Estado, agenciando la normativización del acceso universal a tratamiento en el año 2000 y empujando la conformación de unos dispositivos de atención institucional y comunitaria que garantizaran el ejercicio de este derecho.⁴⁵ Los grandes ausentes en este proceso de movilización y participación social fueron las PID, quienes a pesar de ser uno de los grupos con más altas prevalencias de VIH y más vulnerabilizados en términos de atención, no se conformaron como un contingente para negociar su derecho a recibir servicios de prevención, detección y tratamiento de manera pública, gratuita y en apego a sus derechos fundamentales, y tampoco fueron incluidos en las reivindicaciones de otros grupos poblacionales, entre quienes nunca se mencionó la condición de uso/no-uso de sustancias ilícitas.

La construcción de las PID desde los discursos médicos y jurídicos como sujetos pasivos, sin capacidad de agencia, consentimiento o voluntad no solo incidió en la representación que de ellos hicieron otros grupos “de riesgo” (como no aptos), sino también en las mismas narrativas de sí mismos como sujetos sin capacidad de agencia y no merecedores del acceso a la salud por su condición de uso problemático de sustancias. La muerte por sida se articuló a las identidades de las PID como parte de los “gajes del oficio” por ser inyector. Por otro lado, el estigma frente al uso de sustancias ilícitas llevó a silenciar esta práctica en otros grupos “de riesgo”, invisibilizando su carácter transversal en todas las poblaciones con más altas prevalencias de VIH.

A finales de 1990 los discursos del riesgo evolucionaron hacia el concepto de vulnerabilidad, retomando algunos planteamientos de la epidemiología social sobre las condiciones estructurales y su relación con las condiciones de

⁴⁵ Guías de atención en el IMSS e ISSSTE y la incorporación del tratamiento antirretroviral como parte del gasto público en salud por parte de la Secretaría de Salud. Magis-Rodríguez y Parrini, “Nuestra epidemia, el Sida en México 1983-2002”.

salud de grupos poblacionales, en el marco de las discusiones en torno a los efectos de la denominada “década perdida” y a las transformaciones sociales y económicas que implicó el proceso de globalización.⁴⁶

Desde esta perspectiva se planteó que la distribución de las ventajas y desventajas en una sociedad reflejan la distribución de la salud y la enfermedad, por lo que se propuso identificar y comprender los mecanismos a través de los cuales operaba dicha relación. La vulnerabilidad es construida en el campo de VIH como indicador de la inequidad y la desigualdad sociales.⁴⁷ Se acuñó el término “poblaciones vulnerables”, definidas en el campo del VIH como “aquellas personas que antes de la llegada del VIH eran ya marginadas, estigmatizadas y discriminadas y se volvieron las de más alto riesgo de infección por VIH”.⁴⁸ En el campo de adicciones, se popularizó el término de “personas en situación de vulnerabilidad” para dar cuenta de ciertas características que aumentaban la propensión al desarrollo de uso problemático de sustancias, tales como ser joven, vivir en entornos socioeconómicos deteriorados, en situación de pobreza, desamparo y/o precariedad social, con fragilidad de los vínculos sociales de soporte, con experiencia de agresividad, maltrato físico y/o psicológico, con padres consumidores de drogas y/o con trayectorias de criminalidad. En ambos casos la vulnerabilidad terminó siendo construida como una situación estable que caracterizaba a ciertas categorías de población y que aumentaba su probabilidad de adquirir la infección o de tener un uso problemático de sustancias.

Si bien el enfoque de la vulnerabilidad permitió que la discusión sobre los factores y comportamientos de riesgo se moviera del individuo a la estructura social, favoreció estereotipar a categorías completas de individuos. Paradójicamente, el declarar la existencia de “poblaciones vulnerables” desvió la discusión sobre las condiciones estructurales que generaban dicha vulnerabilidad y la reorientó hacia la caracterización de “los vulnerables”, los cuales terminaron siendo construidos como sujetos anómicos que requerían de

⁴⁶ Nancy Krieger. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. Oxford: Oxford University Press, 2011. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>.

⁴⁷ Mario Bronfman et al. “Antecedentes”, en Mario Bronfman et al. (eds.), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004, 13-34.

⁴⁸ Cecilia Gayet et al. “Aspectos conceptuales sobre la relación entre la migración y el SIDA en México”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*. 2000, 136.

intervenciones que asegurasen su integración social, ello sin cuestionar la desigualdad estructural y su relación con la supuesta anomia.⁴⁹

Así, las PID categorizadas a final de la década de 1990 como “vulnerables” terminaron nuevamente siendo responsabilizadas de la inseguridad, la violencia, sus prevalencias de VIH y su dependencia de las sustancias, al no lograr integrarse en las lógicas del mercado y la modernidad.⁵⁰ “En estos cuerpos ‘vulnerables’ se cristalizan los temores y los rechazos de los sujetos no vulnerables”,⁵¹ que hacía necesaria la implementación de políticas locales que apuntaban a su integración a través de dispositivos biopolíticos, entre ellos las políticas de control de drogas y de delincuencia juvenil, centradas ambas en el encierro en centros de “rehabilitación”, las primeras, y en centros de “readaptación”, las segundas.

Paralelamente, a finales de 1990 emergió un sector de expertos que empezaron a plantear la necesidad de promover intervenciones distintas a la abstinencia, orientadas hacia la reducción de los efectos nocivos del uso de sustancias. Estos discursos centrados en reducción de riesgos y daños se fueron consolidando con los intercambios en congresos internacionales de VIH, con el aumento de los vínculos entre universidades de Estados Unidos y organizaciones civiles y con el mayor financiamiento internacional que recibieron las organizaciones civiles que empezaron a implementar este tipo de intervenciones.⁵²

El fortalecimiento de movimientos sociales de base comunitaria en el marco de las crisis económicas de la década de 1990 y su financiamiento por parte de organizaciones europeas durante la segunda mitad de la década impulsaron la profesionalización y especialización del trabajo con poblaciones callejeras basado en la filosofía de RRyD. Se impulsaron así tratamientos de base comunitaria que propugnaban “otras representaciones sociales frente al consumo de drogas desde lenguajes incluyentes, integradores, basados en el

⁴⁹ Carol Levine et al. “The Limitations of ‘Vulnerability’ as a Protection for Human Research Participants”, *The American Journal of Bioethics* 4, no. 3 (2004), 44-49. <https://doi.org/10.1080/15265160490497083>.

⁵⁰ Robert Castel. *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Anagrama, 1984.

⁵¹ Nelson Arteaga Botello. “Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel”, *Sociológica (México)* 23, no. 68 (diciembre de 2008), 169.

⁵² Juan Machín et al. “Reducción del daño: un pasaje del delirio utópico al realismo ecológico”, en *Farmacodependencia y reducción de daños. Segundo Seminario de Expertos*. México: Plaza y Valdés, 2006, 188-207.

reconocimiento del otro como alteridad y en la valoración de lo diverso frente al desarrollo local”.⁵³

La promoción de las experiencias de Holanda, Portugal y España en relación con el control de VIH en PID a través de estrategias de RRYD a través de los congresos internacionales de VIH favoreció que, en 1998, la Organización Panamericana de la Salud publicara el primer manual para la elaboración de encuestas a consumidores de drogas de alto impacto (CODAR). Ello constituyó el primer posicionamiento a nivel regional para impulsar estudios e intervenciones en reducción de daños dirigidas a PID por parte de los Estados. De acuerdo con Carlos Magis Rodríguez, junto a la publicación del manual se otorgaron becas para que proveedores de servicios de salud pública de América Latina se capacitaran en este tipo de intervenciones. México obtuvo 20 becas distribuidas entre servidores públicos de Ciudad Juárez y Tijuana. Al calor de esta capacitación, se empezaron a ofrecer servicios de reducción de daños en Tijuana a inicios del nuevo milenio.

Las personas que fueron a la capacitación llegaron muy sensibilizadas y motivadas y decididas a iniciar los programas de intercambio de jeringas. Comprendieron que el futuro de la epidemia en México era las pid. Entre estas personas estaba la Dra. Remedios Lozada, quien abanderó los programas de reducción de daños en Tijuana y fue un personaje clave para iniciar la atención a las pid que antes ni se consideraban.⁵⁴

En 1999 se funda el Albergue Las Memorias, en Tijuana, que durante la década siguiente se configurará como un espacio importante para ofrecer servicios de bienestar social que se integran a la atención al VIH en personas exusuarias de sustancias. En palabras de Antonio Granillo, uno de sus fundadores, “El Albergue se funda con la intención de ofrecer servicios humanitarios a las personas que estaban muriendo por sida en la calle, solas y sin ninguna atención”.

Podemos resumir que en la década de 1990 coexisten tres tipos de discursos frente a las PID, (1) el del riesgo y la vulnerabilidad, que busca intervenir

⁵³ Ángela Tello. “Proyecto Viviendo Suroccidente, elementos hacia la construcción de una propuesta de prevención regional”, en Efre Milanese (ed.), *Farmacodependencia y reducción de daños. Segundo Seminario de Expertos, Bogotá, marzo 22-24, 2002*, México: Plaza y Valdés, 2006, 153.

⁵⁴ Carlos Magis Rodríguez entrevistado por Angélica Ospina Escobar, 2019.

sobre la condición de uso de sustancias, promoviendo la abstinencia; (2) el de reducción de riesgos, que busca transformar los contextos en donde se usan las sustancias ilícitas para disminuir los efectos nocivos asociados a esta práctica; y, (3) el de la reducción de daños que busca disminuir los comportamientos que se asocian a la mayor prevalencia de VIH entre PID. Estas tres aproximaciones coexisten hasta hoy.

2000-2020. Guerra contra las drogas y la perspectiva de reducción de daños

En la primera década de 2000 confluyeron tres procesos simultáneos que incidieron en el tema de las drogas en México. (i) El fortalecimiento de los mercados locales de drogas y la reconfiguración de estos mercados en Estados Unidos;⁵⁵ (ii) la militarización del país en el marco de la llamada “guerra contra la droga” y que estuvo acompañada tanto de un aumento sin precedentes de los niveles de violencia en las ciudades fronterizas, como del fortalecimiento de dispositivos de encierro de personas usuarias de sustancias ilícitas; y, (iii) la institucionalización de las estrategias de reducción de riesgos como prácticas costo-efectivas de prevención de VIH entre PID. Estos tres procesos incidieron en la manera de concebir a las PID y las maneras de pensar las intervenciones de VIH dirigidas a ellas durante el nuevo milenio.

El ataque a las Torres Gemelas de Nueva York en 2001 tuvo dos efectos en las políticas de control de la oferta de drogas en México. Por un lado, el cierre de los pasos fronterizos por tres semanas aumentó la disponibilidad de sustancias ilícitas en las ciudades fronterizas, lo cual facilitó la consolidación de mercados locales de droga en Ciudad Juárez y Tijuana, al tiempo que redujo los precios de la heroína en estas ciudades, lo que algunos expertos asocian con un aumento en la prevalencia de uso de esta sustancia.⁵⁶ Por el otro, transformó el discurso en torno a las drogas al posicionarlo como un problema asociado al terrorismo global que requería de un tratamiento militar. La llegada de Felipe Calderón a la presidencia en 2006 marcó el aumento de

⁵⁵ United Nations Office on Drugs and Crime. “World Drug Report 2011”, Nueva York: United Nations, 2011. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html>.

⁵⁶ Bucardo et al. “Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico”.

la militarización del país, a nombre de lo que él mismo denominó “guerra contra las drogas”.

La reconfiguración de los mercados de drogas en Estados Unidos⁵⁷ y la denominada “guerra contra las drogas” en México propiciaron “el florecimiento de batallas entre grupos de traficantes mexicanos por el control de territorios y rutas”,⁵⁸ haciendo de Tijuana y Ciudad Juárez los territorios “más violentos del planeta” durante esta década.⁵⁹ En esta guerra, las personas usuarias experimentaron niveles cada vez más agudos de violencia tanto por parte de los grupos criminales como de las fuerzas de seguridad del Estado,⁶⁰ y empezaron a ser masacrados incluso en el interior de centros de rehabilitación.⁶¹ La guerra contra las drogas exacerbó la criminalización y la marginación de estas personas, imponiendo una lógica de sospecha que los alejó aún más de los servicios de salud para evitar los dispositivos de encierro y la muerte.

Bajo el discurso de la guerra contra las drogas se promulgó en 2009 la Ley contra el narcomenudeo y se crearon los tribunales de drogas o “programa de justicia terapéutica”. Los datos muestran que la Ley contra el narcomenudeo aumentó el volumen de personas que eran detenidas y procesadas por posesión simple de drogas en todo el país,⁶² y agudizó las prácticas de acoso

⁵⁷ Caracterizado por el aumento de la importancia de México como productor de metanfetaminas, la caída de los precios de la heroína y de la demanda de marihuana; Brouwer et al. “Trends in Production, Trafficking and Consumption”; Daniel Ciccarone et al. “Impact of South American heroin on the US heroin market 1993–2004”, *The International Journal on Drug Policy* 20, no. 5 (2009), 392-401. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.12.001>; y Daniel Rosenblum et al. “The Entry of Colombian-Sourced Heroin into the US Market: The Relationship between Competition, Price, and Purity”, *The International Journal on Drug Policy* 25, no. 1 (2014), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.003>.

⁵⁸ Alejandro García. “Factorías del crimen: México y Colombia, oleadas o persistencia de la violencia”, *Sociología Histórica*, no. 2 (2013), 363.

⁵⁹ Grillo, *El narco*, 207.

⁶⁰ Ospina-Escobar. *Itinerarios de adversidad*; Luis Carlos Cano. “Deja 8 muertos ataque a centro de rehabilitación en Juárez”, *El Universal*, 14 de agosto de 2008. <https://archivo.eluniversal.com.mx/notas/530006.html>.

⁶¹ Cano. “Deja 8 muertos ataque a centro de rehabilitación en Juárez”.

⁶² Por ejemplo, solo en la Ciudad de México, la población carcelaria detenida por tráfico de drogas creció 465% entre 2009 y 2010. En ese periodo, 35% de la población encarcelada del país estaba por delitos relacionados con tráfico de drogas, de los cuales 75% estaba por cantidades con valor menor a 100 dólares y 20% por cantidades con

policial hacia PID en las ciudades fronterizas.⁶³ La figura de los tribunales de drogas promovió que las personas primo-delinquentes usuarias de drogas se autodefinieran como “adictos” para cambiar la cárcel por su internamiento en un centro de rehabilitación, lo que aumentó el encierro compulsivo de personas usuarias.⁶⁴ En Baja California, el internamiento involuntario ha sido utilizado desde entonces como una estrategia para “limpiar” ciertos espacios del centro de ciudades como Tijuana y Mexicali.⁶⁵

Son temporadas en que hay tipo campaña de limpieza del centro histórico y entonces recogen a todos los usuarios que encuentran y se los llevan a centros de rehabilitación, donde permanecen por tres meses y ya después salen. Este sigue siendo nuestro principal reto como organización, pues en temporadas es difícil para los usuarios acceder al centro comunitario, buscan momentos en que haya menos policías para que no se los lleven y ello hace que sea difícil sacar de circulación las jeringas usadas porque ellos deciden no cargarlas para evitar ser detenidos por la policía [...]⁶⁶

Aquí en Tijuana es muy normal que dos o tres veces al año va la policía al canal y saca a la gente que vive allá y se los lleva a los centros de rehabilitación, es como medida de control que ellos realizan, pero lo único que hacen es que ellos [las PID] se vayan a otras partes de la ciudad donde es más difícil alcanzarlos, y donde tienen menor acceso a jeringas y cualquier servicio de salud.⁶⁷

valor menor a 15 dólares. Alejandro Madrazo y Ángela Guerrero. “Más caro el caldo que las albóndigas”, *Nexos*, diciembre (2012). <https://www.nexos.com.mx/?p=15085>.

⁶³ Leo Beletsky et al. “Implementing Mexico’s ‘Narcomenudeo’ Drug Law Reform: A Mixed Methods Assessment of Early Experiences Among People Who Inject Drugs”, *Journal of Mixed Methods Research* 10, no. 4 (2016), 384-401. <https://doi.org/10.1177/1558689815575862>.

⁶⁴ Tania Ramírez Hernández. “La expansión de las cortes de Drogas en México”, tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.

⁶⁵ Laura Durán y Yolanda Caballero. “‘Limpieza’ en Bordo dispersa adictos”, *El Imparcial*, 22 de junio de 2015. <https://www.elimparcial.com/tijuana/tijuana/Limpieza-en-Bordo-dispersa-adictos-20150622-0038.html>.

⁶⁶ Lourdes Angulo, Integración Social Verter A.C., entrevista realizada en enero de 2020.

⁶⁷ Lilia Pacheco, Prevencasa A.C., entrevistada por Angélica Ospina Escobar, enero de 2020.

Junto a las prácticas y discursos de criminalización y encierro de PID, se promovió desde el Estado y particularmente, desde el Censida, la perspectiva de reducción de daños como estrategia efectiva para la prevención del VIH entre PID, que se institucionalizó con la publicación de un manual de reducción de daños y con la reforma a la NOM-028 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, que incluía estas intervenciones dentro de su formulación.

La publicación en 2003 del primer manual de reducción de daños para la prevención del VIH con PID⁶⁸ y su reedición en 2006 y 2008, marcó un hito en el proceso de institucionalización de la perspectiva de reducción de daños como una estrategia de prevención del VIH en PID, no solo por el reconocimiento de la necesidad de este tipo de intervenciones para promover la salud entre esta población particular, sino también porque retomaba los procedimientos utilizados por el Programa Compañeros. Esto último fue particularmente significativo porque constituyó un guiño de aprobación al trabajo comunitario que realizaba esta organización en un contexto, como ya vimos, violento y de marcada criminalización de estas personas.

El discurso de la reducción de daños como estrategia efectiva de prevención de VIH por parte del Censida impulsó la oferta de estas intervenciones en otras ciudades fronterizas, entre ellas Tijuana,⁶⁹ y consolidó esta oferta a través de la incorporación de la distribución gratuita de jeringas como parte de la estrategia nacional de lucha contra el sida, lo que supuso la compra de este insumo con recursos federales,⁷⁰ y del financiamiento de proyectos de intervención e investigación dirigidos a PID de 2008 a 2017 a través de

⁶⁸ El manual impulsa además, entre otras acciones, el tratamiento con metadona, la desinfección de jeringas usadas, la inyección segura y la implementación del modelo de reducción de daños a nivel comunitario. Si bien Censida había visitado a Programa Compañeros desde el inicio de la epidemia con intereses centrados en la vigilancia epidemiológica y promovió la capacitación de proveedores de salud de diversas ciudades de la frontera en temas de reducción de daños, la publicación del manual marca un hito en la consolidación de esta perspectiva de trabajo.

⁶⁹ Strathdee et al. "The Emerging HIV Epidemic on the Mexico-US Border". En 2003, Censida publica un documento de posición que señala la necesidad de abordar la problemática del uso de drogas inyectables y el riesgo de contraer VIH. Raúl Ortiz Mondragón et al. "Reducción de daños como política de salud", en Carlos Magis-Rodríguez y Hermelinda Barrientos Bárcenas (eds.), *VIH/SIDA y salud pública. Manual para personal de salud*, México: Censida / INSP, 2009.

⁷⁰ Carlos Magis-Rodríguez, comunicación personal, 2019.

convocatorias públicas anuales. Lo anterior permitió expandir la oferta de este tipo de servicios a ciudades como Mexicali, Hermosillo, Nogales, Chihuahua, Monterrey e Irapuato, que se sumaron a la oferta ya consolidada de estos servicios en Tijuana y Ciudad Juárez.

El fortalecimiento de las estrategias de RRYD gracias a los financiamientos internacionales permitió consolidar una perspectiva integral de las intervenciones, de modo que se vincularan servicios sociales como alimentación, vestido, capacitación para el trabajo, recreación y cultura dentro de los servicios de prevención y promoción de la salud.

En 2006 se creó formalmente en Tijuana la organización civil Prevecasa, que se instauró como la segunda organización que implementaba acciones de RRYD en México. Con la creación de Prevecasa, el discurso de RRYD se fortaleció en el país gracias a la comunicación y el intercambio de experiencias y capacitación con el Programa Compañeros y a la intensa actividad de investigación binacional sobre personas que se inyectan drogas y sus condiciones de salud que aún hoy promueven las universidades de California en San Diego (UCSD), en Los Ángeles (UCLA) y en San Francisco (UCSF), y la Universidad de Texas (UT) en las fronteras San Diego-Tijuana y El Paso-Ciudad Juárez.

Prevecasa surge por la identificación de una población a la que nadie le estaba ofreciendo alternativas de prevención. En ese momento, la doctora Remedios Lozada lideró la intención de trabajar con personas que se inyectan drogas, y fue ella quien empezó a llevar a su equipo al canal. También fue ella quien, gracias al apoyo de Censida, empezó a buscar la colaboración con la Universidad de San Diego para fortalecer el trabajo. El apoyo de la UCSD fue fundamental porque nos dotaron de vehículos para hacer la canalización y nos apoyaron con capacitación, que fortaleció al equipo de trabajo. Fue mucho el trabajo que se hizo con la Universidad, muchos proyectos e investigaciones que nos consolidaron. En esa época, también teníamos un intercambio muy fuerte con Programa Compañeros, que más tarde se consolidó con la fundación de Redumex.⁷¹

En 2011, en el marco del XII Congreso Nacional de Sida en Tabasco, se anunció la conformación de la Red Mexicana de Reducción de Daños (Redumex), que se constituyó legalmente en 2013. Redumex se fundó con la intención de hacer incidencia política para posicionar el tema de RRYD y derechos de PID,

⁷¹ Pacheco, entrevista.

coordinando a nivel nacional las acciones que impulsaban de manera separada las organizaciones y personas que realizaban o estudiaban el tema a nivel local.

Entre 2011 y 2013 empezó a operar el proyecto financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que en su formulación definió a las PID como uno de los grupos de “alta vulnerabilidad” hacia el VIH.⁷² La implementación del Proyecto del Fondo Mundial fortaleció algunas estrategias de reducción de daños, lo cual se reflejó en un aumento sin precedentes en el número de insumos de inyección distribuidos,⁷³ en el acceso a pruebas de VIH y de organizaciones civiles que ofrecían este tipo de servicios.⁷⁴

Asimismo, a partir del nuevo milenio, Censida abanderó la búsqueda de apoyos políticos, técnicos y financieros para facilitar la apertura de centros de tratamiento sustitutivo para opioides como parte de la política de reducción de la demanda de uso de sustancias ilícitas en el marco de la iniciativa Mérida.⁷⁵ Estos esfuerzos cristalizaron en 2011 con la apertura de la primera clínica pública de metadona en México, operada por Centros de Integración Juvenil (CIJ) en Ciudad Juárez y posteriormente en Tijuana. La oferta de metadona marcó otro hito en la historia de la RRYD en México, en tanto significó el reconocimiento, por parte del Estado, del derecho que tienen las personas

⁷² Funsalud. “Proyecto Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidos a HSH, HSH TS y personas UDI. Informe del cierre del proyecto”, México: Funsalud, 2013.

⁷³ Según los informes anuales de avance en la respuesta al VIH/SIDA del Censida, mientras en 2008 se distribuyeron 150,000 jeringas, en 2013 el volumen aumentó a 3,233,893, lo que significó pasar de distribuir alrededor de una jeringa por PID al año en 2008 a 19.7 en 2013. Censida. “Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA”, México: Secretaría de Salud / Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida), abril de 2015.

⁷⁴ Por ejemplo, en 2011 se crea el centro de Servicio Ser en Tijuana. También en Tijuana, organizaciones como AFABI y AHF empiezan a ofrecer servicios a PID, en el marco del proyecto del Fondo Mundial. En 2013, Integración Social Verter en Mexicali se constituyó formalmente como organización de RRYD, y en 2014, la *wound clinic* en Tijuana empieza a ofrecer servicios de curación de heridas y RRYD a PID. En 2013 se registran 31 programas de intercambio de jeringas en todo el país. Censida, “Informe nacional de avances”.

⁷⁵ Carlos Magis-Rodríguez, comunicación personal, 2019.

con dependencia a opioides a recibir tratamientos que no los exponga de manera innecesaria a dolor y sufrimiento.

La oferta de tratamiento con metadona se diversificó a otras ciudades durante 2011 y 2013 a través de la operación de servicios privados que ofrecían el medicamento. Sin embargo, no se logró instaurar una oferta más diversa de tratamiento sustitutivo que contemplara otros medicamentos más seguros, por el número limitado de personas con dependencia a opioides y la falta de apoyo estatal para la promoción de investigación en la materia, junto con la existencia de una regulación estricta en materia de importación, fabricación y distribución de este tipo de medicamentos. Tampoco se establecieron directrices claras que permitieran regular la operación de las clínicas privadas de metadona, lo que desencadenó gran heterogeneidad en la calidad de los servicios y sus costos.⁷⁶

La finalización del proyecto del Fondo Mundial en 2013 redujo de manera importante el número de insumos disponibles para RRYD y marcó el inicio de un proceso progresivo de desfinanciación de este tipo de intervenciones. De acuerdo con el informe nacional de avances en la respuesta al VIH,⁷⁷ mientras en 2013 (último año de operaciones del proyecto financiado por el Fondo Mundial) se distribuyeron en promedio 19.7 jeringas por cada PID, en 2014 esta cifra cayó a 3.9, lo que supuso una disminución de 80%.⁷⁸ Por su parte, el número de sitios que ofrecían terapias de sustitución de opioides pasaron de 21 en 2013, 18 en 2014 y a 10 en 2018.⁷⁹ Por último, las personas que accedieron a tratamiento sustitutivo para opioides pasaron de 26,313 en 2013⁸⁰ a 7,647 en 2016.⁸¹

A pesar de esta crisis, en 2018 la organización Integración Social Verter en Mexicali abrió la primera sala de consumo seguro, dirigida principalmente

⁷⁶ José Luis Burgos et al. "Cost of provision of opioid substitution therapy provision in Tijuana, Mexico", *Harm Reduction Journal* 15, no. 1 (23 de mayo de 2018), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0234-x>.

⁷⁷ Censida, "Informe nacional de avances".

⁷⁸ Ídem.

⁷⁹ Angélica Ospina-Escobar. "Between guns and walls. The current state of harm reduction in Mexico", Póster, 26 Conferencia Internacional de Reducción de Daños, Porto, 1-5 de abril de 2019.

⁸⁰ Censida, "Informe nacional de avances".

⁸¹ Censida. "Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al SIDA", México: Secretaría de Salud / Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Censida), 2017.

a mujeres usuarias de sustancias ilícitas. La oferta de este servicio marcó un nuevo hito en el tema de RRYD en México y América Latina, no solo por ser el primer espacio de este tipo en la región, sino porque además ha logrado posicionar el tema de RRYD más allá del VIH al plantear la necesidad de dignificar los espacios de consumo, especialmente en el caso de las mujeres, y fomentar intervenciones que favorezcan el encuentro y el intercambio de saberes entre personas usuarias. La respuesta institucional a la apertura de este espacio se caracterizó por la tensión entre el apoyo de Censida y la hostilidad del gobierno municipal, que buscaba cerrarlo. En medio de esas tensiones, *La Sala*, como se le conoce a esta iniciativa, persiste hasta 2022 a pesar del acoso policial que enfrentan las PID que acuden al espacio y las trabas administrativas que dificultan su operación.

El principal reto para nosotros es la política, porque nos ponen muchas trabas para operar y estamos constantemente con el temor de que nos cierren. En 2018 nos cerraron porque no teníamos el permiso de uso de suelo para ofrecer este tipo de servicios. Llevamos tres años de litigio, y aunque logramos un permiso provisional, sabemos que en cualquier momento nos pueden cerrar por el mismo motivo, pues seguimos operando con un uso de suelo que es para oficina y en sentido estricto somos más que eso.⁸²

Como efecto de la crisis de los opioides en Estados Unidos y de la mayor disponibilidad del fentanilo en los mercados locales de drogas en México,⁸³ organizaciones civiles de ese país empezaron a ofrecer desde 2018 capacitaciones en prevención de sobredosis a organizaciones mexicanas que realizan RRYD y han facilitado el acceso a la naloxona, un medicamento que permite revertir este tipo de crisis y que se encuentra sobrerregulado en México.⁸⁴ Así, la prevención de sobredosis se ha incorporado a los servicios de

⁸² Lourdes Angulo, Integración Social Verter A.C., entrevistada por Angélica Ospina Escobar, enero de 2020.

⁸³ Fleiz et al. "Fentanyl".

⁸⁴ En México, la naloxona es un medicamento clasificado como psicotrópico en el artículo 245, fracción IV, de la Ley General de Salud, donde se reconoce que tiene amplios usos terapéuticos que constituyen un problema menor para la salud pública. Sin embargo, al estar clasificada como psicotrópico, la ley estipula que su venta requiere receta médica, que solo puede ser suministrada por un médico certificado y que su uso es intrahospitalario. A consecuencia de esta regulación, en México la naloxona no está disponible en farmacias ni en ambulancias, lo que aumenta la probabilidad de muerte,

RRyD y, con ello, se ha logrado que PID líderes comunitarios se capaciten en este tema y se conviertan en agentes clave de promoción de la salud en sus espacios de consumo.

Las estrategias comunitarias de prevención de sobredosis y la sala segura de consumo de Mexicali son intervenciones que han permitido posicionar a las PID como agentes clave en sus comunidades y han resignificado su lugar dentro de las intervenciones y las organizaciones. Desde este lugar, en la última reunión nacional de reducción de daños en 2019, coordinada por Redumex y Censida, se planteó la necesidad de considerar a los denominados “promotores pares” como “personas expertas por experiencia”, lo que significa revalorar su posición y su remuneración en las intervenciones y fomentar sus procesos de formación y profesionalización, de modo que se facilite su incorporación laboral en otras instituciones distintas a las organizaciones civiles y que se les garantice condiciones de vida dignas sostenidas en el tiempo.

A finales de 2018 tomó posesión como presidente Andrés López Obrador, quien en campaña habló de la necesidad de acabar con la “guerra contra las drogas” y de promover nuevas narrativas frente al tema. Sin embargo, y en contravía de las expectativas, el nuevo gobierno ha reforzado las narrativas estigmatizantes y criminalizantes frente a las personas que usan sustancias ilícitas y ha detenido los avances en materia de RRYD que se venían consolidando desde la década anterior.

Así, a pesar del éxito demostrado de las estrategias comunitarias de RRYD en la prevención de nuevos casos de VIH entre PID,⁸⁵ en 2019, por decreto presidencial, cesó el financiamiento federal a organizaciones civiles, lo que puso en jaque el funcionamiento de organizaciones que realizan este tipo de intervenciones, así como proyectos comunitarios de atención a uso problemático de drogas y proyectos de asistencia social a poblaciones callejeras. La falta de financiamiento público ha significado no solo dificultades para acceder a recursos para pagar a los profesionales que trabajan en las OSC y para sostener los centros comunitarios, sino también para garantizar los insumos de pre-

pues se requiere llegar al hospital para que el medicamento sea suministrado. Adicionalmente, dada la baja demanda del medicamento, los laboratorios tienen pocos incentivos para fabricarlo, lo que limita aún más su disponibilidad en farmacias.

⁸⁵ Marisol Valenzuela Lara et al. “Impact of Funding Harm Reduction Programs for People Who Inject Drugs in Mexico”, *Salud Mental* 42, no. 4 (2019), 157-163.

vención que se distribuyen entre la población. En este momento, las organizaciones dependen del financiamiento internacional para mantener sus acciones, por lo que los convenios con universidades estadounidenses han resultado fundamentales para garantizar su permanencia. Los efectos del corte del financiamiento y la epidemia de Covid-19 sobre el acceso a servicios y en las prevalencias de VIH de las PID deberán evaluarse en los años venideros.

En segundo lugar, el gobierno de López Obrador ha detenido la promulgación de la reforma a la Norma Oficial 010 para la Prevención y Control del VIH (NOM-010), que plantea la incorporación de la perspectiva más amplia de RRYD e institucionaliza la responsabilidad del Estado de distribuir insumos seguros de inyección como parte de la estrategia nacional de prevención de VIH, lo que destrabaría la inclusión de las jeringas dentro del cuadro básico de salud y con ello su compra por parte de la Federación.⁸⁶

Avances y retos pendientes en la atención VIH en PID

En estas tres décadas de VIH en México, el principal avance en términos de la atención al VIH en PID es su mayor visibilización, que se ha logrado de la mano de un mayor refinamiento en las técnicas de vigilancia epidemiológica y de los discursos en torno a la RRYD como estrategia efectiva de prevención del VIH. Así mismo, desde la literatura académica se ha visibilizado el papel fundamental que juegan los factores estructurales e institucionales en las condiciones de salud-enfermedad-atención y muerte de las PID. La profesionalización y el compromiso de las personas que trabajan en RRYD desde la sociedad civil ha impulsado la oferta de servicios hacia PID más allá del VIH y, con ello, han movilizad el debate en ciertos sectores en torno a los efectos de la criminalización del consumo y la necesidad de plantear otros discursos frente a las sustancias y las personas que las usan.

⁸⁶ En México, la compra de medicación e insumos por parte de la Federación está condicionada a que estos estén incluidos en el cuadro básico que establece la Ley General de Salud. En el caso de las jeringas, el cuadro básico incluye solo jeringas con émbolo desmontable, lo cual incrementa el riesgo de infección por VIH y hepatitis C, por lo cual no son recomendables para distribuir entre PID. Las jeringas con émbolo no desmontable o *low dead space syringes* no están incluidas en el cuadro básico de medicamentos a pesar de la incidencia política generada al respecto.

Sin embargo, la construcción de sujeto “persona que se inyecta droga”, al seguir atada a una definición epidemiológica, sigue ofreciendo pocas posibilidades para comprender de manera más compleja a esta población más allá del riesgo del VIH, sus dinámicas heterogéneas de uso de sustancias y los factores estructurales que redundan en mayores condiciones de exposición y susceptibilidad al virus, lo que a su vez limita la consolidación de un discurso que les reivindique como sujetos de derechos.

Así, cuando hablamos de PID seguimos pensando desde el estereotipo en un conjunto homogéneo (varones, mayores, pobres, residentes en la frontera norte), borrando elementos diferenciadores 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 los servicios que brinda el Estado. En ese sentido, las estrategias de reducción de daños que se impulsan desde el Estado siguen centrando de manera desproporcionada en las sustancias y su vía de administración, y descuidan otros elementos como el género, el curso de vida y el territorio.

Esta visión estereotipada de las PID tampoco permite reconocer el uso de sustancias como una práctica presente en todas las poblaciones con altas prevalencias de VIH y la necesidad de considerar estrategias de RRYD asociadas al uso de sustancias inyectables y no inyectables que sean transversales a todas las poblaciones.

La hegemonía del discurso epidemiológico alrededor del cual se ha articulado la respuesta pública en materia de VIH hacia las PID dificulta pensar la RRYD más allá de la distribución de jeringas y la oferta controlada de tratamiento sustitutivo para opioides. En ese sentido, si bien el campo de VIH ha permitido visibilizar a las PID y sus condiciones de salud-enfermedad-atención y muerte y ha facilitado el acceso de esta población a insumos y servicios básicos de salud, la asociación entre VIH y reducción de daños ha dificultado que el Estado mexicano incorpore la perspectiva más amplia de la RRYD, desde la cual se favorezca un replanteamiento de la política prohibicionista y de la abstinencia como meta única de las intervenciones, se cuestione el estigma, la discriminación y la criminalización de las personas usuarias de sustancias y se pongan en marcha mecanismos institucionales y programáticos para eliminar estas situaciones, para garantizar la no repetición y para reparar los daños.

En cierto sentido, se puede decir que en México el discurso de la RRYD ha sido instrumentalizado por la intervención estatal, que, apoyada en el discurso de la epidemiología del VIH, ha tomado solo aquellos elementos de esta perspectiva que resultan funcionales con el régimen de prohibición, reduciéndola a su mínima expresión, la reducción de daños. Desde este lugar instrumental, no se considera la necesidad de implementar acciones de RRYD en personas que usan sustancias no inyectables, ni se plantea la necesidad de diseñar intervenciones para prevenir la transición al uso inyectado de sustancias. Desde este lugar instrumental, los esfuerzos para disminuir la violencia institucional que enfrentan las PID y que incide en sus condiciones de salud-enfermedad-atención-muerte son muy limitados, como también son muy reducidas las acciones para visibilizar el efecto que tienen las violencias, y en particular, la guerra contra las drogas en la probabilidad de infectarse de VIH y morir por sida. Desde este lugar instrumental, tampoco se financian proyectos que busquen politizar a las PID, fortalecer sus redes sociales, favorecer su capacidad de acción colectiva, mejorar su participación en el mercado laboral o sus condiciones de vivienda. Los financiamientos apuntan a distribuir insumos, pero no se comprometen a generar las condiciones que garanticen la sostenibilidad de las intervenciones y/o de los cambios de comportamiento en el tiempo. En muchas ocasiones, los financiamientos no permiten que se pague el trabajo que realizan las personas pares, expertos por experiencia, lo cual los deja subsumidos en posiciones de subalternidad y mina sus posibilidades de acceder a condiciones de vida dignas.

Así, aunque se promueve el intercambio de jeringas como una estrategia costo-efectiva para la prevención del VIH entre PID, estas personas siguen siendo detenidas por la policía por portar jeringas nuevas que han sido distribuidas por OSC o por la misma Secretaría de Salud. Los policías y militares siguen violentando de manera grave a las PID y, en particular, siguen abusando sexualmente de las mujeres usuarias sin que se consideren estos aspectos como elementos centrales de una estrategia de prevención de VIH en esta población. La posibilidad de acceder a tratamiento antirretroviral sigue estando condicionada a que la persona deje de usar sustancias ilícitas, a pesar de que la NOM-010 no contempla este condicionamiento. La atención en VIH y en adicciones sigue planteándose de manera desarticulada y hablando lenguajes distintos que dificultan la acción coordinada. Los financiamientos son efímeros, inestables y parecieran responder más a caprichos de quienes detentan el

poder que a ejes programáticos de una política pública. Aun la posibilidad de las PID de trabajar y vincularse a los mismos servicios de RRYD en algunas OSC está atravesada por el cese del uso de sustancias, lo que constituye una contradicción radical.

La instrumentalización del discurso de la reducción de daños por parte del Estado también ha dificultado pensar desde otros marcos posibles, por fuera del discurso médico y jurídico, el uso de sustancias ilícitas. En consecuencia, esta práctica sigue siendo concebida en las representaciones de proveedores de servicios de salud como una debilidad del carácter, una falla biográfica del yo, y en ese sentido, las sustancias aparecen en estos discursos y representaciones como responsables de las condiciones de salud global de las personas que las usan, invisibilizando el papel que juegan las políticas de drogas y, en particular, el impacto de la prohibición y las políticas de ajuste estructural en los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas que usan sustancias psicoactivas y la necesidad de pensar otras alternativas a la prohibición.

El testeo de sustancias, la distribución comunitaria de naloxona, la prevención de sobredosis, los espacios seguros de consumo, la formación de PID como promotores de salud y de derechos humanos, la promoción de la denuncia de las violaciones a los derechos humanos, son todas intervenciones en RRYD que posibilitan el cambio de narrativa, en tanto las PID son consideradas agentes y no solo sujetos de intervención, son todas intervenciones que ya implementan las OSC en México sin ningún apoyo estatal. El reto es cómo hacerlas sostenibles ante la ausencia de una política pública de RRYD y ante el desvanecimiento del Estado en su rol de garante de los derechos fundamentales de las PID. Las organizaciones civiles se han quedado solas en esta tarea y han asumido la mayor parte de responsabilidad de la atención a esta población en condiciones de precariedad e invisibilización, lo que constituye una amenaza para la sostenibilidad de las estrategias, para el control de la epidemia de VIH y para garantizar el goce de derechos en esta población.

Por otro lado, no podemos pensar en procesos de politización de las PID y cambios en las narrativas sin considerar las condiciones precarias bajo las cuales se incorporan a los proyectos de intervención y el lugar subalterno que usualmente las y los profesionales les asignamos a sus saberes y experiencias. La incorporación de las PID dentro de las nóminas de instituciones públicas de salud y de las OSC como expertos por experiencia resulta un componente esencial en la reivindicación de su condición de sujetos de derechos, no solo por

el acceso al trabajo, sino porque al reconocerlas como expertas, se valida su saber, su voz, y por lo tanto se reposiciona frente a los otros profesionales y frente a sí mismas.

Solo trascendiendo la mirada epidemiológica desde la cual se ha construido a las PID desde el riesgo, será posible superar la fragmentación de los servicios y el reduccionismo con que se implementa la perspectiva de RRYD desde las prácticas y discursos del Estado. Trascender la mirada epidemiológica supone cuestionar el prohibicionismo y los estigmas que ha posicionado en estos cien años frente a las personas usuarias. De otro modo, pasarán otros cien años y seguiremos hablando de exclusión, sufrimiento social, estigma, criminalización y alta morbimortalidad por VIH/sida.