

Análisis

La captura tecnocrática de la reducción de daños en el ámbito del chemsex



Un artículo de: Pablo García Cortina 13 julio, 2026

En el discurso de salud pública, la reducción de daños es la alternativa crítica al paradigma prohibicionista hegemónico, desplaza el foco desde la abstinencia hacia el reconocimiento de que las personas usan drogas y seguirán haciéndolo. Desde esa premisa, la obligación de las políticas públicas, programas y prácticas orientadas a disminuir las consecuencias negativas del consumo no debería ser castigar ni infantilizar, sino reconocer la agencia de las personas y acompañar sus decisiones. Aplicada al chemsex, esa definición se amplía a los riesgos relacionados con las relaciones sexuales o el VIH y a los daños estructurales e institucionales, como el estigma o la criminalización.

Pero cuando se observa cómo se institucionaliza la reducción de daños en ese ámbito, y de forma muy visible en Madrid, la herramienta que nació para subvertir el modelo puede terminar integrada en un sistema tecnocrático en el que personas, cuerpos y sexualidades dejan de ser fines en sí mismos para convertirse en recursos que gestionar, optimizar y, en último término, normalizar.

Desde esta perspectiva, la reducción de daños conserva un enorme potencial emancipador cuando parte de la escucha y los derechos de las personas que usan drogas. El punto de inflexión llega cuando estas políticas quedan capturadas por la eficiencia y los indicadores de éxito, y desplazan la voz de las personas usuarias. Ahí es donde conviene mirar recurso a recurso y exigir que esos dispositivos se sometan al mismo escrutinio que aplican a las poblaciones destinatarias de sus servicios.

El marco estatal sobre chemsex se ha configurado con el documento del Ministerio de Sanidad «Abordaje del fenómeno del chemsex» (1). En términos de contenido, es un avance respecto al vacío previo: reconoce el chemsex como fenómeno diferenciado, describe las sustancias más usadas y propone estrategias de reducción de riesgos y atención integral.

Sin embargo, su conceptualización es eminentemente biomédica y conductual. El chemsex se traduce en un conjunto de vulnerabilidades que pueden ser medidas, clasificadas y gestionadas; la respuesta se articula en determinadas intervenciones (protocolos, circuitos asistenciales y herramientas de cribado), que deben implementarse de forma homogénea en todo el territorio y ser evaluadas; mientras que su dimensión estructural (como criminalización, estigma o violencia institucional) queda en un segundo plano frente a las «conductas de riesgo» que pretende modificar en los propios usuarios.

Trasladado a las comunidades autónomas, el caso madrileño se concreta en la «Iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex en la Comunidad de Madrid 2023-2026» (2), que despliega más de cien actuaciones y un voluminoso cuadro de indicadores. Incluye cribados específicos en población que practica chemsex, circuitos asistenciales diferenciados para «casos problemáticos» y la recomendación de registrar y monitorizar consumos, prácticas sexuales y perfil sociodemográfico con fines de vigilancia y evaluación.

De nuevo, el avance es innegable. Pero también aquí la reducción de daños se presenta como parte de un mecanismo más amplio de gobierno de la población, al convertir el chemsex en una categoría epidemiológica que facilita el seguimiento y la gestión de un segmento específico de la población,

compuesto por hombres gays y bisexuales, personas trans y, en proporción creciente, migrantes y personas en situación de precariedad social.



¿Y cómo se evalúa esta forma de gobierno de la población? En la red municipal de centros de atención a las adicciones (Madrid Salud), la pieza central es la encuesta anual de satisfacción de las personas usuarias de los CAD, que valora accesibilidad, confidencialidad, instalaciones y profesionales, y con la que se evalúa la Carta de Servicios del Instituto de Adicciones (3).

Examinada en detalle, presenta una serie de sesgos que conviene explicitar. El primero afecta a su universo: las fichas técnicas fijan como universo el «100 % usuarios con, al menos, tres meses de tratamiento», encuestados presencialmente en el propio centro durante tres días. Por construcción, este diseño solo alcanza a quienes han sido admitidos, han permanecido y siguen acudiendo regularmente, mientras que quienes no llegan a entrar, abandonan pronto o mantienen una relación más conflictiva con el servicio están excluidos de los resultados. La satisfacción se mide solo entre quienes se han adaptado a la lógica del sistema.

Hay además un sesgo de composición. Las cuotas se fijan por edad, sexo y sustancia según las sustancias clásicas (heroína y opiáceos, cocaína, alcohol, cannabis), con un bloque específico sobre metadona. Esa estructura reproduce la composición histórica de la red municipal de adicciones (3, 4). El chemsex ni siquiera figuraba como categoría en ninguna de las encuestas hasta el año 2024, cuando se incorpora, pero con una cuota marginal. El resultado sobrerrepresenta los perfiles tradicionales (sobre todo personas en mantenimiento con metadona, que dependen del centro para su dispensación) e invisibiliza a quienes practican chemsex, cuyo patrón de relación con los recursos es episódico y a menudo ajeno a esos circuitos.

La lectura de los microdatos, obtenidos mediante acceso a la información pública, añade una reserva sobre la fiabilidad de los propios indicadores. En numerosos casos, el comentario de texto libre contradice la calificación otorgada por el encuestado sobre ese mismo aspecto. Así, hay personas que escriben «no cogen el teléfono nunca y por la tarde no hay nadie» y, sin embargo, valoran los horarios como «bien»; afirman que «tardan mucho en dar cita», «he tenido que esperar un mes para ver al psicólogo» o «las citas están muy espaciadas, está colapsado» mientras puntúan con «bien» y «muy bien» la agilidad de la primera cita y la puntualidad.

A estas objeciones se suma una cuestión de fondo: la encuesta la encarga, dirige y recibe el propio Instituto de Adicciones de Madrid Salud, que es también el prestador del servicio. Aunque el trabajo de campo lo realice una empresa externa, el diseño metodológico, el encargo y la difusión de resultados quedan bajo control del organismo evaluado. Así, el caso de Madrid funciona aquí como caso de estudio que mide la calidad desde dentro del sistema y, por tanto, tiende a confirmar su propio funcionamiento, lo que es trasladable a cualquier otra red autonómica o local.

Algo parecido ocurre con la protección de datos. En teoría, opera como un haz de garantías de derechos fundamentales, que son especialmente protegidos cuando se refieren a la salud, la vida sexual, la orientación sexual o el consumo de sustancias. Pero ese mismo marco puede invertirse para revestir de legalidad a una finalidad distinta de la que dice perseguir. La literatura ha descrito este fenómeno como la cooptación o el uso pretextual de la privacidad, en el que reglas concebidas para proteger a las personas se invocan para servir intereses institucionales (6), y, en el ámbito español, como la difícil relación (a menudo resuelta en favor de la opacidad) entre la transparencia y la protección de datos (7).

En Madrid, esta barrera apareció en la propia puerta de entrada a la red asistencial. Tras la crisis de la COVID-19, los CAD municipales exigieron durante un tiempo acudir físicamente al centro para obtener la primera cita, en lugar de por llamada, amparándolo en la protección de datos: al tratarse de datos sanitarios especialmente protegidos, decían, no podía identificarse telefónicamente de forma fehaciente a la persona solicitante. Pero el argumento confundía el tratamiento de datos de terceros con pedir una

cita para uno mismo. La barrera, además, recaía con más fuerza sobre quienes más dificultades tienen para desplazarse en los horarios de la administración, como personas sin hogar, con patología dual o en exclusión. La práctica se modificó después y hoy la primera cita puede solicitarse incluso por internet, lo que confirma que la presencialidad no era una exigencia legal, sino una decisión organizativa revestida como una aparente protección de datos (13).

La barrera no siempre se formuló igual. En 2024, el CAID de Vallecas, único centro autonómico de gestión directa, exigía acudir presencialmente, en horario limitado de 10 a 13 horas, solo para pedir la primera cita ante una consulta por chemsex. En ese mismo periodo, el CAID Este la denegaba de plano, sin lista de espera ni alternativas: «no estamos dando citas [...] porque no tenemos profesionales» (18). Tras el alta, la única clínica de patología dual de la ciudad, adjudicataria del contrato de Madrid Salud, deniega indefinidamente la atención por vía privada —también mediante aseguradora y para consultas ajenas a aquel proceso— a quienes conoció como pacientes de la vía pública, remitiéndose ante la AEPD a un pacto verbal con la Administración que no figura en los pliegos (14). Que una misma barrera se revista unas veces de protección de datos, otras se imponga sin justificación y otras se apoye en una cláusula contractual inexistente, refuerza la idea de que la causa real puede ser, más bien, restringir el acceso, desplazar la carga sobre la persona usuaria y gestionar la saturación mediante barreras de entrada.

Más revelador aún es el análisis de la ficha vigente de «Gestión de Historias Clínicas Madrid Salud» que declara entre sus fines la «colaboración con los cuerpos y fuerzas de seguridad», incluye a estos cuerpos entre los destinatarios de las cesiones de datos y enumera como destinos de los datos a la Agencia Tributaria, el Servicio Madrileño de Salud, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, el Centro Nacional de Microbiología y los juzgados y tribunales (5). Esto no presume una ilicitud, pero constata que el propio diseño asume, como finalidad reconocida, un flujo establecido de información desde la atención a las adicciones hacia el ámbito fiscal, forense, policial y judicial.

En paralelo a las actuaciones desplegadas por las administraciones públicas, organizaciones como Apoyo Positivo han desarrollado, desde mediados de la década de dos mil diez, dispositivos específicos de respuesta al chemsex. El proyecto “Sexo, drogas y tú” (8, 9) se concibe como un modelo integral de acompañamiento en salud sexual y uso de drogas, articulado alrededor de un centro comunitario (CASA) y de un equipo multidisciplinar que incluye psicología, trabajo social, mediación comunitaria y, en algunos casos, psiquiatría. Sus materiales describen el chemsex como práctica situada en la intersección entre placer, búsqueda de pertenencia, trauma y discriminación, y explicitan trabajar sobre el enfoque de la reducción de riesgos y daños. Este proyecto introduce elementos de contramodelo pero al mismo tiempo opera crecientemente en coordinación con los dispositivos públicos bajo las mismas lógicas de financiación por objetivos, límites temporales sujetos a las convocatorias de subvenciones, necesidad de justificación mediante memorias de actividades y alineamiento con las estrategias institucionales.

Por otra parte, en la medida en que el programa se convierte en vía de acceso privilegiada al sistema para casos de chemsex, corre el riesgo de funcionar como dispositivo de clasificación, cuando identifica quiénes “encajan” en el perfil de consumo problemático, delimita los itinerarios de intervención y filtra quién puede acceder a determinados recursos (por ejemplo, de atención psicológica o social) y con qué condiciones.

Esta ambivalencia se agudiza al examinar la gobernanza, la participación y la financiación. En el caso de Apoyo Positivo, las personas usuarias no participan en la toma de decisiones ni en los órganos de gobierno de la entidad, y su presencia se limita al voluntariado y el apoyo entre pares. Sin embargo, la “Iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex en la Comunidad de Madrid” delega expresamente la participación de los usuarios a esta y a otras asociaciones comunitarias, pero sin asegurarse de que dispongan de mecanismos democráticos para canalizar esas voces, lo que puede convertirlas en filtro

entre las personas y las instituciones, con el riesgo de una participación más representativa que efectiva. A ello se añade la cuestión de la independencia. Apoyo Positivo es una de las “asociaciones de pacientes” españolas que más ingresos recibe de la industria farmacéutica (10). En 2024, recibió al menos 224.646,63 euros en transferencias de valor y casi el 40% de su financiación total de ese año procedía de fuentes privadas (15-17). El dato plantea una pregunta legítima sobre posibles conflictos de interés y sobre el peso de una agenda biomédica frente a un enfoque más amplio de derechos.



Por último, en la Guía de recursos para personas en situación de sinhogarismo de la Comunidad de Madrid (11), el Piso Autogestionado para la Diversidad, gestionado por Apoyo Positivo con financiación pública, figura con el criterio de que «no se admiten personas con problemas de consumo y/o enfermedad mental». Presentada como requisito de convivencia, la exclusión resulta difícil de sostener en un recurso residencial no sanitario (en el que, precisamente por no serlo, no cabe exigir abstinencia) y contrasta con otros alojamientos de la misma guía, que establecen únicamente que el uso de drogas «no debe ser un impedimento para la convivencia».

Una práctica aparentemente neutra acaba situando en desventaja particular a las personas sin hogar más vulnerables, como son personas con adicciones o con problemas de salud mental. Eso encaja en la definición de discriminación indirecta de la Ley 15/2022 (12) y choca con los modelos de reducción de riesgos y daños que esa misma entidad comunitaria defiende en otros ámbitos (9).

En definitiva, el valor de la reducción de daños está precisamente en aquello que se pierde con su integración en un sistema tecnocrático de atención a las adicciones. Está en devolver la agencia a los usuarios, proteger derechos y evitar que el lenguaje del cuidado acabe legitimando nuevas formas de vigilancia sobre cuerpos y sexualidades ya estigmatizados.

Referencias

- (1) Ministerio de Sanidad. (2020). Abordaje del fenómeno del chemsex. <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/DocumentoDEF.pdf>
- (2) Comunidad de Madrid. (2024). Iniciativa para una respuesta coordinada al chemsex en la Comunidad de Madrid 2023-2026. <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051302.pdf>
- (3) Ayuntamiento de Madrid. Encuesta de satisfacción de personas usuarias de los CAD (datos abiertos y fichas técnicas del Banco de Estudios de Madrid Salud). <https://datos.madrid.es/dataset/300057-0-encuesta-atencion-adicciones>
- (4) Ayuntamiento de Madrid. Personas en tratamiento en los centros de atención a las adicciones (CAD). <https://datos.madrid.es/dataset/300681-0-adicciones-cad-tratamiento>
- (5) Ayuntamiento de Madrid. Registro de actividades de tratamiento: «Gestión de Historias Clínicas Madrid Salud». <https://datos.madrid.es/dataset/300277-0-tratamiento-datos-personales>
- (6) Richards, N. M. (2022). The GDPR as privacy pretext and the problem of co-opting privacy. *Hastings Law Journal*, 73, 1511-1540. https://repository.uclawsf.edu/hastings_law_journal/vol73/iss5/6/
- (7) Cerrillo i Martínez, A. (2017). El difícil equilibrio entre transparencia pública y protección de datos personales. *Cuadernos de Derecho Local*, 45, 127-156. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6335284>

- (8) Curto Ramos, J., Lombao Pardo, C., Castillo González, C., Molina Prado, R., Varas Soler, P., Barrio Fernández, P., González Baeza, A., Rúa, G., Ibarguchi, L., García, A., Garrido, J., & Dolengevich Segal, H. (2019). Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 7(16), 48-52. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7000814>
- (9) Apoyo Positivo. (s. f.). Sexo, drogas y tú. <https://apoyopositivo.org/sexo-drogas-y-tu/>
- (10) Civio. (2018, 19 de abril). Las asociaciones de pacientes recibieron casi seis millones de euros de la industria farmacéutica en 2016. <https://civio.es/sanidad/2018/04/19/las-asociaciones-de-pacientes-recibieron-casi-seis-millones-de-euros-de-la-industria-farmaceutica-en-2016/>
- (11) Comunidad de Madrid. (2024). Guía de recursos para personas en situación de sinhogarismo (BVCM051446). <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051446.pdf>
- (12) Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Boletín Oficial del Estado, 167, de 13 de julio de 2022. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11589>
- (13) Consejo de Transparencia y Participación de la Comunidad de Madrid. (2024). Resolución RDA027/2024, expediente RDACTPCM280/2023 (Gerencia de Madrid Salud, información sobre cita previa). https://ctyp.asambleamadrid.es/documents/3411075/4496021/RDA027_2024_VF_Censurado.pdf/c08bc15f-4047-a8e1-4082-92a609b93cfb
- (14) Agencia Española de Protección de Datos. (2026). Resolución de archivo de actuaciones de 21 de marzo de 2026, expediente EXP202408485. <https://www.aepd.es/documento/ai-00105-2025.pdf>
- (15) Gilead Sciences, GSK/ViiV Healthcare, Johnson & Johnson/Janssen y MSD. Informes de transparencia sobre transferencias de valor a organizaciones de pacientes, ejercicio 2024, publicados en las webs de las compañías y en el Sistema de Autorregulación de Farmaindustria. <https://www.codigofarmaindustria.org/sites/sarfi/colaboracionesps.html>
- (16) Base de Datos Nacional de Subvenciones. Concesiones a Apoyo Positivo (NIF G80672694). <https://www.infosubvenciones.es>
- (17) Apoyo Positivo. Memorias de actividades y cuentas anuales depositadas en el Registro Nacional de Asociaciones (Ministerio del Interior).
- (18) García Cortina, P. (2024). Stigma, human rights, and barriers to addiction treatment access: a case study of the city of Madrid [comunicación breve]. Lisbon Addictions 2024 – European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies, Lisboa, 23-25 de octubre. <http://lisbonaddictions2024.posters.onsitevents.com/poster/73>