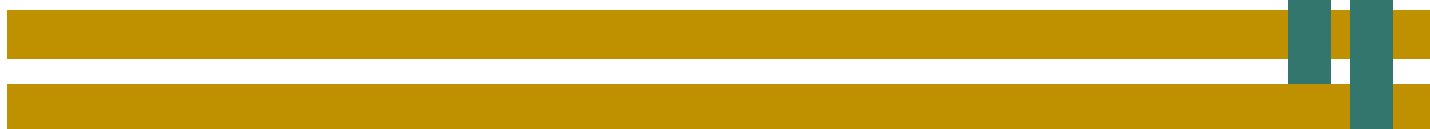




## UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN MATERIA DROGAS

*De la cura de la enfermedad a la  
promoción de la salud colectiva*



**Trabajo realizado por RIOD**

Con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas



**Desarrollo de contenidos:** Oriol Romaní i Alfonso

**Equipo colaborador:** Comisión Salud Pública RIOD

© RIOD junio de 2019

# Índice

<b>Factores a tener en cuenta: Aspectos generales</b> .....	5
1. Determinantes sociales .....	5
2. Determinantes culturales .....	6
3. La perspectiva de género .....	7
4. El respeto absoluto a la dignidad de las personas .....	8
5. De la Salud Pública a la Salud Colectiva .....	9
6. La participación comunitaria .....	10
<b>Factores a tener en cuenta: Atención a las drogas</b> .....	11
7. Una definición compleja del fenómeno de las drogas .....	11
8. Drogas y cerebro, más allá de la enfermedad .....	12
9. Una atención holística y centrada en la persona .....	14
10. Derecho y universalidad de atención de calidad .....	14
11. Reconocimiento de la reducción de riesgos y daños .....	16
<b>Factores a tener en cuenta: Ámbitos más amplios</b> .....	17
12. Diversidad cultural .....	17
13. El rol de las familias .....	18
14. Una perspectiva generacional .....	19
15. Protección y cumplimiento de los derechos humanos .....	20
<b>Reflexiones metodológicas</b> .....	20
<b>Bases documentales y bibliográficas</b> .....	22



Partiendo del documento de la RIOD *“El enfoque de salud pública en materia de drogas”*, vamos a presentar aquí un documento que ofrece bases teóricas y metodológicas para consolidar y fortalecer dicho enfoque, que hoy en día se considera fundamental para obtener resultados satisfactorios en políticas de drogas. Es decir, para conseguir que las maneras de abordar los problemas planteados por algunos consumos de drogas y por determinadas formas de circulación de éstas en la sociedad permitan a los afectados y afectadas por esos problemas, pero también a sus familias y al conjunto de la sociedad, unos ciertos niveles de bienestar personal y social.

Si hemos introducido ahora mismo el adjetivo “cierto” es porque somos conscientes de que estamos trabajando desde una parcela de nuestras sociedades que está condicionada por unas estructuras y unas dinámicas generales que dificultan en gran manera la consecución de este bienestar. Desde las políticas de drogas y salud pública no podremos conseguir “una sociedad feliz”, pero sí que según cuáles sean esas políticas podremos contribuir a acercarnos más o menos a ella, dentro del conjunto de unas políticas públicas que deberían tender a promover las transformaciones económicas, sociales y culturales capaces de remover las grandes dificultades y carencias existentes para que las personas que configuran las mayorías sociales puedan vivir con dignidad.

Una política de drogas con vocación de incidencia real en los problemas de drogas y su contexto, es decir, con vocación de eficacia, tiene que realizarse a partir de una orientación ideológica transformadora. Esta siempre será la más adecuada para poder operacionalizar las medidas técnicas necesarias para impulsar las transformaciones necesarias para intentar solucionar los problemas mencionados. En el campo de las drogas se ha pecado durante bastante tiempo de abonar unos discursos que se podrán considerar muy bonitos, ligados a una cierta moral que se daba por descontada, pero que han tenido muy poca capacidad de incidencia en la vida real, cuando no han tenido más bien unos efectos contraproducentes en ella.

Así pues, un enfoque de salud pública en materia de drogas debe orientarse a promover la salud y el bienestar en las personas y sus comunidades. Es por ello que las medidas propuestas siempre tomarán en cuenta los riesgos y ventajas de ciertos procederes, y por lo tanto se orientará la acción a minimizar costos y maximizar beneficios en la persona, en la comunidad a la que pertenece y, por extensión, a la sociedad; todos ellos, elementos indisociables entre sí, cuestión muy importante a tener en cuenta a nivel metodológico.

Por lo tanto, de una concepción originaria de salud pública basada en un modelo del déficit, centrado en la enfermedad y en los factores de riesgo (proveniente de un modelo positivista de salud centrada en el individuo), orientamos nuestra opción hacia un modelo promotor de salud que, conocido como salud colectiva, pone atención en el empoderamiento y la intervención en los entornos vitales de las personas, favoreciendo el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su salud.

En definitiva, para conceptualizar el consumo de drogas y sus problemáticas asociadas desde un enfoque de salud, tendremos que contemplar **los factores básicos que seguidamente pasaremos a enumerar**. La lógica con la que los presentamos parte de las cuestiones más generales, estructurales, de la salud, indispensables para situar en ellas la cuestión de las drogas (1-6); para luego centrarse en el desarrollo específico de lo que concierne a la atención a las drogas propiamente dicha (7-11); y contempla finalmente aquellas dimensiones que, siendo cruciales en el campo de las drogas, abarcan también ámbitos más amplios (12-15). Se añaden unas reflexiones metodológicas que creemos indispensables para abordar todos los aspectos planteados.

## Factores a tener en cuenta: Aspectos generales

### 1. Determinantes sociales

Las causas relacionadas con los niveles de salud y de desigualdades en salud de la población no dependen principalmente de las personas individuales, sino de factores sociales y, por tanto, deben abordarse desde esta perspectiva. Varios han sido los hitos históricos que han ido señalando el camino hacia esta evidencia, aunque lo que se podría considerar la “oficialización” de la importancia de los factores sociales y culturales en la salud se produce en la conferencia de la OMS celebrada en Alma Ata el año 1978. El 2005 se crea la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud que en 2009 publicará el Informe Final (“Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”). Finalmente, también hay que mencionar la nueva Conferencia Global en torno a la Atención Primaria de la salud (Declaración de Astaná, 2018) que ha planteado la necesidad de actualizar el compromiso de Alma Ata asumiendo un enfoque integral y social de la salud.

En consecuencia, además de los factores individuales (herencia genética, edad, sexo) y del estilo de vida (concepto que después discutiremos), habrá que tener en cuenta las relaciones sociales y los lazos comunitarios, así como la influencia decisiva de las condiciones socio-económicas, culturales y ambientales (condiciones de vida y de trabajo).

En este contexto es en el que hay que situar el fenómeno de las drogas, reconociendo su complejidad para poder actuar sobre él con garantías de eficacia. Como veremos en su momento, las drogas deben ser vistas desde el complejo de interacción de éstas con las personas que las usan y los contextos en los que lo hacen, factores todos ellos que pueden ser de mayor o menor riesgo y que, según como se combinen, pueden dar lugar a procesos que vayan del simple uso a la dependencia o problemas afines. Es básico, pues, reconocer las diferencias entre las drogas y sus riesgos, alejándose de una conceptualización reduccionista de las mismas.



## 2. Determinantes culturales

Cuando hablamos de factores sociales, tenemos que considerar otra categoría de factores que se dan de forma intrínsecamente ligada a los mismos, pero que tienen sus propias características: nos referimos a los factores culturales. Hay que admitir que unos y otros son las dos caras de una misma moneda, por esto cada vez es más frecuente referirse a los factores socioculturales que inciden en cualquier aspecto de la vida, entre ellos los procesos de salud y enfermedad.

Podemos decir que la cultura, en el sentido fuerte, antropológico, del término, sería como la pantalla a través de la que vemos el mundo que, entre otras cosas, nos ofrece como un conjunto de recetas para relacionarnos con él. Evidentemente, esas ideas, relaciones y formas de actuar vienen muy condicionadas socialmente, pero no son lo mismo, hay un ámbito de autonomía relativa entre sociedad y cultura que hace que las relaciones entre ambas puedan ser muy diversas.

Son muchas las formas de abordar eso que ahora nosotros conocemos como salud, un tema que ha preocupado a la humanidad a lo largo de toda su existencia: en muchas sociedades tradicionales no conocían este concepto, claramente occidental, si no que se referían al destino, al equilibrio, al infortunio, al sufrimiento, al buen vivir, etc.; sea como sea, es una parte de la vida humana que nunca ha dejado de ser una cuestión familiar y comunitaria. Es a este nivel donde se identifica si hay un problema o no, y donde se decide qué hacer con él, si intentar resolverlo ahí mismo, o se considera necesario recurrir a otras instancias, y a cuáles. Ciertamente, según las sociedades, este nivel primario de atención (no confundir con la Atención Primaria institucional) se ha articulado con otros: los especialistas y/o instituciones dedicadas a ello, como los chamanes, los sacerdotes, los sanadores populares, los médicos, los santuarios, los consultorios médicos o los sistemas nacionales de salud.

Así pues, las creencias, las maneras de expresar lo que uno siente, las expectativas culturales acerca de lo que uno hace, etc., son elementos a tener en cuenta en la salud y, más en concreto, en el caso de las drogas. Sabemos que los efectos de éstas están mediatizados por el contexto social en el que se toman, pero también por factores culturales como las formas de relacionarse con dicho contexto, las relaciones que en él se establecen, las creencias sobre lo que son o dejan de ser las drogas, o las expectativas culturales, los efectos esperados que se tienen cuando se van a consumir, entre otros muchos.

### 3. La perspectiva de género

En la actualidad, a partir sobre todo de la influencia teórica de las distintas corrientes feministas, se reconoce que es indispensable tener en cuenta la perspectiva de género para poder tener una visión completa de cualquier fenómeno humano, ya que la diversidad inter-género es una dimensión esencial del ser humano, que muchas veces había quedado escondida por una cierta homogeneización androcéntrica del conocimiento.

Una perspectiva de género que nos debe permitir identificar y abordar los impactos diferenciales que las distintas ubicaciones de hombres y mujeres en la estructura y en las dinámicas sociales tienen sobre los problemas de salud y, específicamente, en aquellos relacionados con las drogas. Porque es importante señalar que perspectiva de género no quiere decir sólo visibilizar a las mujeres. Eso fue el primer paso, y muy importante, pero hoy en día está claro que cuando hablamos de una perspectiva de género hablamos de una relación, o sea que si dicha perspectiva es rigurosa afecta tanto a mujeres como a hombres, y a otros posibles géneros.

Los abordajes preventivos y asistenciales deben contemplar de manera específica y transversal los aspectos diferenciales que operan en nuestra sociedad entre varones y mujeres. Ello implica realizar una lectura crítica de las especificidades de consumo de la mujer, y sobre todo en cómo éstas se sienten o se perciben en una sociedad eminentemente machista, comportando, entonces sí, la invisibilidad de las mujeres en sus necesidades de atención preventiva y asistencial, y situándola en condiciones de desigualdad y de mayor vulnerabilidad.

Pero estas situaciones pueden darse también en otros grupos, por ejemplo minorías sexuales, sean de mujeres o de hombres. Ya se ha podido verificar, por ejemplo, como la estigmatización de la homosexualidad (al igual que ocurrió con “la droga”) y el actuar sin tener en cuenta las realidades y sentires de estas poblaciones, supuso crear nuevos problemas y tirar mucho dinero en relación a las intervenciones sobre el VIH- Sida, sobre todo en sus inicios (Parker, 1987).

Es por ello que la perspectiva de género deberá estar presente en todo análisis de la sociedad, en todas las políticas públicas y, en el campo de las drogas, en todas las fases de diagnóstico y definición de un proyecto de atención (prevención, reducción de riesgos y daños, tratamiento, rehabilitación y reinserción), y acompañarse de medidas específicas para su aplicación.

#### 4. El respeto absoluto a la dignidad de las personas

Plantear el tema de las drogas desde el enfoque de salud pública implica ubicar en el centro a las personas, con el reconocimiento de sus derechos y libertades. Hay que tener en cuenta que en el trabajo en este campo siempre estamos tratando con seres humanos, trátese de consumidores, aún sea con usos problemáticos, adictos o incluso personas que, por ejemplo, sean parte de las redes de narcotráfico; siempre debe prevalecer su condición de ser humano.

Este enunciado, que podría parecer obvio, ha sido fuertemente cuestionado, más allá de las intenciones personales, por la criminalización de unas determinadas drogas. Desde un clásico de la sociología como Durkheim sabemos que una de las funciones de incluir un determinado tema o actividad en el Código Penal es la de señalarla y etiquetarla. Todo aquello que se incluye en él “es malo” y, por consiguiente, resulta estigmatizado. Así pues, uno de los efectos más nefastos de la mencionada criminalización ha sido la estigmatización de “la droga” (que, en realidad, se refería sólo a unas cuantas de ellas) y de todo lo que tuviera que ver con ella identificándola con el mal.

Pero en campos tan básicos para la vida social como la educación o la salud sabemos que la estigmatización es uno de los principales escollos para la intervención social. La estigmatización aleja la posibilidad de acceder a apoyo, atención y tratamientos, ya sea por los temores de los posibles usuarios a ser descubiertos en sus actividades “señaladas” (consumir drogas, tener determinadas relaciones sexuales, llevar una alimentación o, en general, un “estilo de vida poco conveniente”, etc.), ya por los prejuicios de los profesionales, que además de profesionales, son personas con determinada ubicación sociocultural en la que pueden compartir muchos de esos prejuicios sobre determinadas personas y categorías sociales. Ello puede impedir no sólo el acceso a tratamientos, si no que estos se desarrollen con las debidas condiciones de objetividad y empatía. Distanciarse, pues, de modelos de estigmatización y criminalización de las poblaciones relacionadas con las drogas y apostar por modelos inclusivos y de respeto a los derechos humanos no sólo es una exigencia ética, sino también una garantía de eficacia en los servicios. Veamos como lo explican dos especialistas en el tema:

“La desestigmatización de las personas con adicciones pasa por arrancar todas las etiquetas que se han ido adhiriendo a la piel de quienes las padecen. La investigación científica debe dejar de ocuparse de acumular diagnósticos (para cada uno de los cuales se da uno o más fármacos) y explorar las vías por las cuales las personas pueden abandonar sus comportamientos adictivos. Frente al modelo de enfermedad, centrado en lo patológico, va ganando terreno el modelo de la recuperación, basado en la persona. También en Estados Unidos hay agencias de salud que promueven un modelo de intervención “centrado en el paciente”, basado en su autonomía, en su protagonismo activo en la resolución del problema, en la utilización de sus puntos fuertes en lugar de sus debilidades, en capacitarle para controlar el problema, en fomentar su esperanza. Para ello, sólo hay que asumir lo que William R. Miller, el científico creador de una de las técnicas más eficaces en el tratamiento de personas con adicción, la entrevista motivacional,



proclamaba hace ya unos años: “El modelo de enfermedad postula que los alcohólicos [y otros adictos] son cualitativamente diferentes de los seres humanos normales, no solamente en su comportamiento sino también genética, fisiológica y caracterológicamente, y que ésta es la razón por la cual tienen tales problemas. El modelo disposicional de enfermedad es curiosamente como el modelo moral que crea el “ellos” y “nosotros” (...) Las personas que abusan de las drogas son en lo fundamental iguales al resto de la gente excepto en el hecho de que usan drogas y sufren las consecuencias»” (Puerta & Pedrero, 2017).

## 5. De la Salud Pública a la Salud Colectiva

Como acabamos de ver, en el campo de las drogas se ha trabajado demasiadas veces desde un modelo del déficit, que ha mostrado enormes limitaciones, por lo que se plantea con cierta urgencia un necesario un giro hacia un modelo alternativo; es decir, hay que pasar del énfasis en los factores de riesgo y la enfermedad, a considerar las ventajas de trabajar con los activos en salud en la sociedad actual. Pero para ello, es necesario enmarcar nuestra metodología de trabajo en un marco coherente con dichas intenciones. Es entonces necesario situar el trabajo en drogas, no sólo en el contexto de la Salud Pública, sino también en el camino hacia la consecución de una Salud Colectiva.

La idea de Salud Pública y su progresiva concreción en diversos países representó en su momento un gran avance, pues significaba que se había detectado la necesidad de actuar sobre conjuntos poblacionales, y no sólo sobre los individuos considerados aisladamente. La Salud Pública ha estado siempre intrínsecamente ligada a la epidemiología, la disciplina que le ha suministrado los datos para poder actuar. Pero la propia epidemiología, sobre todo sus corrientes más avanzadas en el siglo XX (epidemiología crítica, epidemiología sociocultural), y no digamos otras disciplinas como la sociología de la salud o la antropología médica, han ido detectando los inconvenientes del modelo positivista en el que surgió la Salud Pública que, de manera un tanto incongruente, trataba los grupos con los que trabajaba como agregados individuales, sin reconocer las estructuras, dinámicas y relaciones que dan un carácter específico a dichos grupos. Y no sólo eso, sino que además las acciones de la Salud Pública se ejercen desde el saber de los especialistas, el cual se distribuye de arriba a abajo, de forma jerárquica, a realidades que resulta que no son el agregado de individuos imaginado en los libros, sino colectivos con sus propias vidas y formas de ver y estar en el mundo, lo que conduce a que muchas veces las acciones emprendidas no tienen los resultados esperados. El caso del “estilo de vida saludable” es un clásico: cuando este se considera una opción individual, se desconoce todo el entramado sociocultural en el que viven las personas, que les constriñe de diversas maneras en sus conductas o comportamientos, y dejar de comer grasas, de fumar, o comer mucha fruta y verduras, por ejemplo, puede ser una opción inviable para muchas personas que viven en la precariedad.



En este sentido, la Salud Colectiva parte del reconocimiento de esa complejidad, al incluir tanto en el concepto de salud como en las formas de trabajarla elementos congruentes entre sí, como el reconocimiento de los determinantes socioculturales de la salud, la importancia de la “agencia”, de las subjetividades, la presencia de los diversos grupos sociales, o de las estructuras instituidas que influyen en ella. Almeida Filho y Silva Paim, en un decisivo artículo sobre la formulación del concepto de Salud Colectiva, plantean que éste sería tanto un campo de conocimiento como de prácticas: “Como campo de conocimiento contribuye al estudio de los fenómenos de salud- enfermedad-atención en poblaciones como procesos sociales, investigando la producción y distribución de la enfermedad en la sociedad como parte de la reproducción social y analizando las prácticas de salud como un proceso de trabajo articulado con otras prácticas sociales. Como campo de prácticas, Salud Colectiva focaliza sus modelos o lineamientos sobre cuatro objetos de intervención: políticas, prácticas, tecnologías e instrumentos.” (Almeida Filho& Paim, 1999).

## 6. La participación comunitaria

Como acabamos de ver, la salud no sólo es cuestión de biología y de comportamiento, sino que son claves los determinantes socioculturales, ya que éstos explican la mayor parte de los problemas de salud de una comunidad. Los servicios sanitarios individuales y centrados en la enfermedad no modifican el estado de salud de la población de manera significativa, es necesario trabajar por la salud colectiva. Por lo tanto, se debe dar una atención orientada a la comunidad.

Es por ello que debemos contemplar la acción comunitaria, entendiéndola como toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Así pues, es el espacio de la salud comunitaria, entendida como la acción en y desde la comunidad, la que permite influir positivamente en la salud, y en el que se pueden desarrollar intervenciones, que beneficien la inclusión social, reduzcan la violencia y la discriminación e incrementen el acceso a los recursos económicos:

Para que todo ello sea posible, previamente hay que clarificar algunas ideas básicas, como la de que entendemos por participación. Según Menéndez (2006), la participación social consistiría en “un proceso de adquisición de poder, en un sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida y colocando el eje de las decisiones en el saber y poder locales. Por lo cual la población no sólo debe ser consultada, sino que debe intervenir en la toma de decisiones”.

Tenemos la ventaja de que la participación comunitaria, es decir, aquel tipo de intervenciones que tienden a fortalecer el protagonismo de las propias poblaciones en la resolución de sus diversos problemas, no es un tema nuevo: “Desde las experiencias de investigación-acción en Latinoamérica, hasta las de participación comunitaria en salud en Europa (Health Councils o Citizens Juries ingleses, o los Comitati Misti de la Emilia Romagna en Italia), queda claro que la mejora de la salud de las poblaciones está mucho más relacionada con su poder, con su capacidad de decisión (empowerment), o sea, con cuestiones sociopolíticas, que no con meros desarrollos técnicos” (Serapioni/Romaní, 2003:448).

Para que ello sea posible se requiere, además de esta perspectiva general, tener en cuenta elementos metodológicos básicos, como la importancia de lo local, o determinadas técnicas de investigación y acción de tipo cualitativo que permitan realmente recoger y vehicular las voces de la comunidad. Aunque esto lo desarrollamos más ampliamente al final, es importante mencionarlo para que a las ONG y otras estructuras similares, y con la mayor buena voluntad del mundo, no nos hagan hacer de comparsas de una cierta “participación domesticada”, es decir, de una cierta ingeniería social que en la época del neoliberalismo se ha desarrollado para gestionar los márgenes de la sociedad con recursos marginales, a partir de programas preestablecidos y orientados por subvenciones de organismos como el Banco Mundial o la OPS, por ejemplo, y cuyo resultado tendería a ser, de este modo, la expansión de formas de control y gestión “barata” de ciertas dinámicas sociopolíticas y culturales por parte del Estado y/o sectores del mercado (Bolados, 2009). Esto no significa que, por principio, no podamos optar a contratos o concursos para subvenciones de este tipo de organismos, si no que debemos tener muy claro qué tipo de políticas participativas de drogas queremos hacer en el contexto de la Salud Colectiva cuando trabajemos con ellos.

## **Factores a tener en cuenta: Atención a las drogas**

### **7. Una definición compleja del fenómeno de las drogas**

El fenómeno de las drogas, que va más allá de su mero consumo, es un fenómeno complejo y multifactorial, que se debe analizar a partir de la interacción de tres factores básicos: el contexto en el que vive un sujeto, incluyendo aquí tanto al entorno más cercano (familia, amistades, agentes vinculados, etc.) cómo al más estructural (arquitectura legislativa, política, socioeconómica, etc.); la naturaleza del sujeto en cuestión (con atención a sus características sociodemográficas, factores o predisposición personales, motivaciones del consumo, estado de salud general, entre otros); y la sustancia o sustancias consumidas en su ancho espectro (tipo de sustancia, cantidad consumida, frecuencia de consumo, vía de consumo, etc.).

La interacción o articulación entre estas tres dimensiones básicas que caracterizan el fenómeno de las drogas implica que éste deba ser analizado, y que se deba intervenir en él, teniendo en cuenta las dinámicas que se establecen entre dichas dimensiones. Un elemento clave, que

desde ópticas individualistas muchas veces no se ha podido captar, es el de la importancia del ritual en la vida social, en general, y de manera particular, en el consumo de drogas. La ritualización sería “un acontecimiento que implica una secuencia de actos psicomotores que tengan, para la persona que realiza la secuencia, un significado especial” (Agar, 1977). Los rituales, tanto los formales (ceremonia religiosa o civil), como los informales (por ej., el saludo), modelan y organizan experiencias, comportamientos e interacciones de los seres humanos tanto a nivel individual como social, cumpliendo varios significados y funciones que dependen de las creencias de los participantes y de la situación (Goffman, 1967; Durkheim, 1971).

La asociación de las drogas con rituales es muy antigua, pero a veces se olvida la importancia de los rituales informales y (sobre todo en el caso de las drogas ilegales) subculturales, en las sociedades contemporáneas. La función de control de los rituales en estos últimos casos se produce, según Grund et al. (2004) “(1) maximizando el efecto deseado de la droga; (2) controlando los niveles de uso de las drogas; (3) equilibrando los efectos negativos y positivos de las drogas consumidas; y (4) previniendo de problemas secundarios.” En este sentido, la regulación de las drogas va más allá de un problema de cantidad y frecuencia, y tendría que ver con las interacciones entre los rituales y las reglas establecidas en el grupo, la estructura de vida de la persona y la disponibilidad de drogas en su contexto. En definitiva, los rituales son decisivos para modelar las variables farmacológicas y psicológicas de los consumos.

De manera coherente con estas consideraciones teórico- metodológicas, no existe una receta general: aunque las situaciones que queramos abordar se tengan que contemplar siempre a través de estas articulaciones que hemos visto, cosa que permite captar su complejidad (y, por lo tanto, es una garantía de rigor para no equivocarnos), en algunos casos y momentos habrá alguna de las dimensiones que cobrará más importancia que las otras; y, en todo caso, habrá que analizar cuál es el elemento más estratégico que, en una situación específica, nos permita abordarla con más garantías: una intervención sobre el contexto local y/o familiar; sobre el individuo y sus compañeros de consumo; sobre el tipo y forma de circulación de las sustancias, etc.

## **8. Drogas y cerebro, más allá de la enfermedad.**

Creemos que, dentro de estas consideraciones generales sobre las drogas, merece un punto específico la mención de una corriente que en estos últimos años ha tenido una gran expansión, y es la de considerar la adicción como una enfermedad cerebral, pues puede conducir a confusión.

Leshner (1997) definió la adicción como una enfermedad crónica y recidivante del cerebro y, desde entonces, se han invertido muchos fondos (sobre todo por parte del NIDA) para demostrar esta hipótesis hasta convertirla casi en un dogma. Aunque en el discurso que acompaña a esta teoría se admiten factores contextuales, desde el punto de vista metodológico

al final se opera con un planteamiento monocausal, el de la relación causa- efecto de la enfermedad cerebral a la adicción.

Las consecuencias de esto serían que al tratarse a la adicción como una enfermedad crónica, no se trataría tanto de buscar su curación, como la gestión de su cronicidad, el manejo de las recaídas, etc., para lo cual habrá que buscar los fármacos correspondientes, que los adictos necesitarán de por vida.

Esto choca de lleno con muchas investigaciones llevadas a cabo, desde las de Alexander (1978) o Peele (1990), hasta las revisiones epidemiológicas de Carballo et al. (2007), White (2010) o Heyman (2013), que concluyen que la adicción es un proceso perfectamente recuperable, pues no menos del 80% de los adictos se recuperan de ella; y es más, que no menos de las tres cuartas partes de quienes dejan de ser adictos lo hacen por sus propios medios (“proceso de autocambio”). Como afirman Puerta y Pedrero (2017) en un excelente artículo de síntesis sobre el tema, “ningún diabético conocido ha dejado de serlo por su propia voluntad”.

La teoría de la adicción como enfermedad cerebral lleva a los adictos a depender de por vida de otros fármacos y de sus gestores, llevando siempre encima el estigma de enfermo mental; mientras que el modelo más complejo aquí defendido (sociobiopsicocultural), además de responder mejor a la realidad, se focaliza en las personas y sus entornos, en sus motivaciones y capacidades, contribuyendo así a responsabilizar en su justa medida al individuo, su entorno y a la sociedad. Ello permite manejar mejor las distintas variables implicadas en los procesos que configuran las drogodependencias, y ha mostrado las posibilidades de una ayuda profesional a las personas que sufren los efectos negativos de las drogodependencias.

Para finalizar este punto, sólo añadir que, más allá del campo de las drogas, considerar la adicción como un proceso comportamental y no una enfermedad cerebral crónica, es mucho más coherente con los conocimientos que nos aportan los avances de las neurociencias en estos últimos treinta años (Gazzaniga, 2012; Frazzetti, 2014) o de la epigenética (Carey, 2013), o de las últimas síntesis sobre el cerebro (Eagleman, 2017), perspectivas todas que vienen a demostrar que lo determinante en última instancia en el comportamiento humano sería el contexto sociocultural o, en todo caso, las relaciones que se establecen entre dicho contexto y el cerebro humano, cosa muy distinta a considerar a éste como el origen monocausal de nuestros comportamientos.

## 9. Una atención holística y centrada en la persona

Partiendo de este cuadro complejo, la atención a las personas afectadas por problemas de adicción u otros relacionados con consumos de drogas, debe darse mediante abordajes de tipo integral y centrados en la persona, que tengan en cuenta el diverso peso y las significaciones de los aspectos socioculturales, psicológicos y biológicos involucrados, pues la evidencia científica nos muestra que es el enfoque más acertado.

En este sentido, estaríamos en la vía de poder minimizar costos y maximizar beneficios tanto para las personas, como para las comunidades a las que pertenecen y, por lo tanto, para la sociedad en general pues, como hemos visto, persona, comunidad y sociedad son elementos indisolubles entre sí.

Actuar desde un modelo de abordaje integral como este (que normalmente se ha conocido como biopsicosocial, aunque quizás sería más coherente llamarle sociobiopsicocultural) nos debe permitir construir una red formal de servicios que garantice el derecho a recibir una atención para todo el mundo, con intervenciones basadas en fundamentos científicos y conocimientos sistemáticos de las realidades locales, guiadas por las buenas prácticas, el reconocimiento de las libertades y los derechos, la apertura de mecanismos de participación social, orientados a la autonomía e inclusión activa de la población, y provistos de la capacidad de la evaluación continua de las respuestas proporcionadas.

## 10. Derecho y universalidad de atención de calidad

La universalidad de la atención a la salud es un requisito *sine qua non* para alcanzar el desarrollo humano, y la atención a problemáticas asociadas al consumo de drogas no debe de ser excepción. Los países deben orientar políticas públicas en garantizar el máximo grado de cobertura de atención de salud a la población y por consiguiente dotar al sistema de salud y atención social de los recursos necesarios para dar respuesta a aquellas personas que presenten algún trastorno o problemática por consumo de drogas.

La cobertura universal está sólidamente basada en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental, así como en el programa de Salud para todos establecido en 1978 en la declaración de Alma-Ata. La equidad es un aspecto primordial. Eso significa que los países deben evaluar los progresos no solo en el conjunto de la población nacional, de manera global, sino en los diferentes grupos que la componen. Se deberán tener en cuenta, por lo tanto, las diferencias establecidas por niveles de ingresos y clase social, sexo y género, edad, lugar de residencia, condición de migrante u origen étnico.

Para asegurar una cobertura de atención, como el reconocimiento del derecho de salud de la población afectada por consumo de drogas, y que dicha atención se produzca en términos de calidad y buenas prácticas, es preciso compromiso político y social, y un sistema de organización de servicios solvente. Entre los lineamientos que consideramos oportunos, estarían:

- Provisión de recursos que aseguren una oferta de atención de calidad a todo aquel que los necesite y ofrecidos de manera oportuna.
- Establecimiento de mecanismos que permitan superar las barreras de acceso a los servicios, no sólo a nivel físico (por ubicación, estructura, etc.), sino sobre todo en relación a algunas de las diferencias más arriba mencionadas (clase, género, edad, extranjería, etc.)
- Integración de servicios de tratamiento a las drogodependencias a los sistemas de salud y bienestar social con cumplimiento de estándares mínimos de atención.
- Fortalecimiento de los sistemas de atención primaria y las intervenciones de base comunitaria.
- Protocolos de tratamiento efectivos, basados en la evidencia y evaluados sistemáticamente.
- Intervenciones en el marco de la protección de los derechos humanos y acceso prioritario a servicios para poblaciones más vulnerables.
- Fortalecimiento de recursos humanos para brindar la atención adecuada.

Entendemos que los estados deben respetar el derecho a toda persona que usa drogas a elegir el momento y el tipo de dispositivo de atención, entre otras cosas porque esta es la garantía de que dicha atención consiga su objetivo. No deben ser obligadas a iniciar, suspender o aceptar un determinado tratamiento. La atención debe basarse en el principio bioético de atención centrada en la persona que respeta y promueve la autonomía personal. Los centros de tratamiento obligatorio deben ser suprimidos de las respuestas de salud pública.

Sin menoscabar la importancia de las políticas y acciones de prevención, en las que los dispositivos de atención en drogas pueden/ deben participar, junto a muchos otros agentes sociales y culturales (escuela, organizaciones juveniles, barriales y laborales, medios de comunicación, etc.), hay que recordar que dichos dispositivos existen para abordar los consumos problemáticos de las mismas, que requieren una respuesta socio-sanitaria en el más amplio sentido del término, respuesta que les debe permitir saber diferenciar entre los distintos tipos de consumo y de problemas. Por ello, es preciso poner especial atención a los dispositivos de proximidad, de intervención comunitaria, como las estrategias de reducción de riesgos y daños. En este sentido, los Estados deben promover y fortalecer el desarrollo de dispositivos ambulatorios y de base comunitaria que se complementen con los de tipo residencial en una red de abordaje integral. Los dispositivos de atención a los usuarios deben basarse en fundamentos científicos y evidencia empírica ajustados a principios éticos, y por ello aquellos que se presten por fuera de los marcos legales y no respeten los derechos humanos no deben de tener acreditación para operar (VV.AA., 2016).

## 11. Reconocimiento de la reducción de riesgos y daños

Tal como acabamos de apuntar, las políticas de reducción de riesgos y daños deben figurar en un lugar estratégico integrado en todos los abordajes preventivos y de atención en materia de consumos problemáticos de drogas. Una política de reducción de riesgos y daños, dentro de un enfoque de salud pública orientado a la consecución de la salud colectiva, parte de tres principios básicos:

- la aceptación de que el consumo lícito o ilícito de drogas es una realidad
- la aceptación de los consumidores como personas y ciudadanos/as de pleno derecho
- la aceptación del principio hipocrático de “primum non nocere” (ante todo, no hacer daño), cosa muchas veces olvidada por intervenciones unidireccionales muy seguras de sí mismas y, por eso mismo, ignorantes de los efectos negativos que podían tener a pie de calle, en la vida cotidiana de la gente.

Por todo ello, las políticas de reducción de riesgos y daños van orientadas a un trabajo que permita minimizar los efectos perjudiciales que para el individuo y para la sociedad puedan tener ciertos consumos de drogas, ciertas formas de circulación de las drogas en la sociedad o, incluso, ciertas políticas y formas de intervención que han sido negativas para la salud y los derechos humanos, tal como hoy ya hemos tenido capacidad de evaluar (Count the Cost, 2012; Miró, 2014; Mtez.Oró y Romaní, 2016). Al mismo tiempo, las políticas de reducción de riesgos y daños se basan en la potenciación de aquellas fuerzas, sociales y personales, que permiten prever y/o superar ciertas situaciones en beneficio de las personas y grupos afectados.

En términos de **intervención preventiva** un enfoque de salud pública incorpora plenamente los programas orientados a la reducción de riesgos y daños adquiriendo así una perspectiva más globalizadora de la prevención y realizando una aproximación preferente sobre colectivos con mayor vulnerabilidad y en situación de riesgo.

En términos de **atención y tratamiento** un enfoque de salud pública incorpora estrategias de acercamiento a la población con problemáticas adictivas y similares por medio de equipos socio-sanitarios en el terreno, dispositivos de consumo higiénico y soporte socio-sanitario, y posibilidad de derivación de determinados adictos a programas de dispensación, mantenimiento y tratamiento con sustitutivos, y no estar a la espera sobre colectivos que, por circunstancias diversas, no realizan demanda de tratamiento; no por ello, debe demorarse el abordaje de una respuesta socio- sanitaria temprana.

Señalemos, finalmente, que las políticas y programas de reducción de riesgos y daños exigen la cooperación transversal de distintos actores de la sociedad civil (movimientos sociales, organizaciones privadas, universidades, iglesias, partidos políticos etc.) y de las diversas administraciones e instituciones públicas, a distintos niveles del Estado, de manera que no consista ni en la imposición unilateral de políticas estatales ni en la acción de unas ONG's allí



donde el Estado ha dimitido de sus obligaciones de intervención social, sino en el producto de un diálogo que permita el desarrollo de unas políticas de drogas técnicamente más eficaces y socialmente más equitativas.

## Factores a tener en cuenta: Ámbitos más amplios

### 12. Diversidad cultural

El reconocimiento de la diversidad cultural, "patrimonio cultural de la humanidad" de acuerdo a la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural (2001), promueve un enfoque para fomentar la garantía de una coexistencia armoniosa y una convivencia pacífica, defiende la diversidad creativa y la multiplicidad de las expresiones culturales, promoviendo el diálogo, el desarrollo, la cohesión social y la paz, siendo considerado como un componente indispensable para reducir la pobreza y alcanzar el desarrollo sostenible.

La perspectiva intercultural derivada de este reconocimiento de la diversidad, se vincula a los derechos humanos y a las principales dimensiones de los grupos humanos (clase, género, edad, etnia). Desde este enfoque se estipula la atención y la prevención resolutiva y creativa, facilitando la comunicación, generando la creación de espacios de organización, prestando información del funcionamiento de los servicios y los derechos, con orientaciones desde lo sociocultural y con estrategias adecuadas a las demandas, que puedan detectar y responder posibles discriminaciones, para contar con dispositivos de salud que produzcan la promoción de la inclusión y el respeto a los derechos de todas las personas.

De esta perspectiva surge el eje Cultura y Salud, que propone la promoción del enfoque sociocultural en programas y estrategias de prevención, así como de tratamiento, para los diferentes tipos de consumo, de manera que responda de forma efectiva a las necesidades de las diferentes comunidades, siendo en definitiva este componente un generador de sociedades justas e incluyentes. Ya que, vía el aprendizaje y la experiencia de vida, para conseguir una buena salud colectiva, se desarrollarán competencias para apreciar la diversidad, y vivir con respeto a la diversidad cultural, gestionando conflictos de acuerdo con los valores del pluralismo y la comprensión mutua, vía el fomento de la democracia, la construcción de una ciudadanía global, el diálogo intercultural, la educación para la paz y los derechos humanos.

Por lo tanto, es importante, por un lado, dotar a los y las profesionales de drogas de las competencias culturales que les permitan actuar con seguridad en este entorno de diversidad cultural acrecentada por los procesos globalizadores. Competencias que no consistirían tanto en un "listado de diversidades" (que, a la postre, sería imposible de dominar) sino de dotarles de las herramientas teórico- metodológicas adecuadas para actuar en medios pluriculturales.

Pero por el otro lado, también es básico que las políticas públicas estén empapadas de esta perspectiva intercultural que atienda, por lo menos, a las cuatro dimensiones de los grupos

humanos citadas más arriba (clase, género, edad, etnia). Es decir, no vale, por ejemplo, incluir en la sanidad pública el reconocimiento de formas de atención indígenas en el parto de las mujeres, pero dejando intocados los aspectos deficitarios más básicos de este mismo sistema público.

### 13. El rol de las familias

La familia es la unidad social básica que se reconoce como el primer ambiente de todas las personas, el primer núcleo de las relaciones primarias de los individuos. Es una institución sociocultural fundamental que satisface las necesidades afectivas y educativas de sus integrantes a través de la transmisión de normas, patrones de conductas y estilo de vida. Es el lugar donde se nace, se crece, y se generan hábitos de salud y donde se construye la identidad individual y social de las personas.

La familia desempeña un rol fundamental en la salud de los individuos, ya que influye y condiciona en gran parte la salud de cada uno de sus miembros por medio de una compleja serie de interacciones entre factores que se relacionan con la genética, el medio ambiente, el estilo de vida y la conducta.

La familia es la unidad básica de organización social accesible a las intervenciones preventivas, de promoción de la salud y de tratamiento. Por ello es muy importante:

- Reconocer la diversidad de tipos de familia que existen hoy en día en una sociedad. Esto incluye desde las familias de los pueblos originarios, con todas sus diversidades aunque casi siempre familias extensas, hasta las nuevas formas de familia que, cada vez más, van surgiendo en nuestras sociedades contemporáneas (compuestas, monoparentales, homoparentales...); pasando, evidentemente, por las hegemónicas a nivel cultural (familia nuclear), aunque, en la práctica, no siempre sean las más frecuentes. Si una familia se siente cuestionada por el contexto sociocultural en el que vive y, más en concreto, por el sistema sanitario, no será posible trabajar con ella.
- Reconocer los “saberes profanos” de los que dispone la familia y su red de parientes y/o vecinos más cercana. Hay que saber trabajar de manera dialógica con ese tipo de saberes, pues es a través de ellos que los grupos primarios orientan sus acciones de salud, porque si no será muy difícil apoyar a la familia y a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de las habilidades y destrezas para una mejor calidad de vida, promoviendo una vida saludable, en que la familia y la comunidad se sientan comprometidos y responsables por la salud personal y de sus integrantes, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

- Implementar metodologías que permitan detectar las personas estratégicas del grupo familiar (que normalmente serán la madre y/o la abuela, pero no siempre) para poder desarrollar las acciones mencionadas en el punto anterior con un mínimo de garantías.

Las tendencias internacionales respecto de la integración de las intervenciones de salud y de la interrelación entre los diferentes determinantes de la salud, han propuesto un enfoque que hace de la familia un ámbito clave para las intervenciones dirigidas a mejorar la salud de la población. Este enfoque de familia se aplica tanto a las intervenciones de prevención de enfermedades como las de la atención a la salud, así como a las intervenciones dirigidas a la promoción de hábitos saludables que puedan ser adoptados por la familia y, a través de ella, por la comunidad donde residan. En el campo de las drogas conocemos muy bien la eficacia que supone trabajar con la familia de los drogodependientes, o de otras personas más afectadas por problemas relacionados con ellas.

#### 14. Una perspectiva generacional

Es necesaria una perspectiva generacional que permita identificar y abordar los impactos diferenciales que ciertos problemas asociados a las drogas tienen en la vida de los diferentes grupos de edad. Dicha perspectiva supone una mirada histórica de las etapas de la vida y los vínculos de solidaridad entre las generaciones: considera que niñez, juventud, adultez y vejez tienen conexiones y que en conjunto forman una historia común: se debe reconocer la corresponsabilidad intergeneracional y sus aportaciones a largo plazo.

La perspectiva generacional es especialmente importante en relación a las y los jóvenes. Si consideramos a estos y estas sujetos con derechos y obligaciones, deberemos dejar de lado los enfoques tutelares y paternalistas y, en consecuencia, deberemos dejar de hablar de jóvenes sin contar con ellos y ellas. Un criterio general como es el de que no puede decidirse una política sin contar con la participación completa y directa de los miembros del grupo afectado por dicha política, es indispensable en el caso de la juventud, que tiene una especial sensibilidad para detectar las “dobles morales” que muchas veces pretenden imponerseles a través de algunas políticas. Hay que dejar de satanizar o idealizar a los jóvenes y dejar de verles siempre “en riesgo”, aunque hay que reconocer que ellos son víctimas principales de la guerra contra las drogas, precisamente con la excusa de protegerles de las drogas.

La perspectiva generacional debe ser útil para identificar y analizar las diferencias de poder y de bienestar que una visión adultocéntrica hegemónica esconde. Ello implica que, junto a temas que ya se han empezado a trabajar, como la educación, especialmente la educación superior, o aquellos vinculados con el tratamiento de los adolescentes en conflicto con la ley, también hay que incluir la “nueva agenda de derechos” como son el matrimonio igualitario, la despenalización del aborto o la legalización de las drogas. En este sentido, un documento de referencia indispensable es la presentación general del nuevo paradigma con el que se quiere mirar a futuro a las políticas públicas de juventud, incorporando una perspectiva generacional a

todas ellas, según propuesta de la OIJ en su “Agenda para el Desarrollo y la Inversión Social en Juventud” (OIJ, 2013).

De todos modos, dicha perspectiva generacional, con todos sus ingredientes, hay que aplicarla también a grupos de edad que, con la evolución sociodemográfica de nuestras sociedades, cada vez van adquiriendo más importancia, por las necesidades específicas que presentan: nos referimos a los consumidores de drogas mayores, aquellos que podríamos considerar dentro de la categoría de la “tercera edad”, sobre todo los que se han cronificado en relación con ciertos problemas y/o consumos de drogas.

### 15. Protección y cumplimiento de los derechos humanos

La armonización de las obligaciones internacionales en materia de drogas con las de derechos humanos no es una opción para los estados; debería observarse como obligación. El régimen frente a las drogas debe ser compatible con las obligaciones en derechos humanos y en caso de conflicto las últimas deben prevalecer, cosa que en muchas ocasiones no ha sido así.

Se debe distinguir entre los daños asociados al consumo de drogas y los daños asociados a las políticas de drogas. Tal como nos muestran de manera fehaciente las últimas evaluaciones de las que disponemos, si bien es cierto que el consumo de drogas conlleva riesgos, en algunos ambientes donde imperan la criminalización y los enfoques punitivos de control, los daños asociados a las políticas pueden incluso sobrepasar a aquellos causados directamente por el consumo de las sustancias.

Todos los cambios sobre políticas de drogas, actuales y futuras, no pueden bajo ninguna circunstancia causar o significar retrocesos en la democracia y el respeto a los derechos humanos; y deben contar con la predisposición de explorar alternativas que busquen reducir la violencia y la militarización, incluyendo la posibilidad de que el Estado regule la disponibilidad –y por tanto el mercado- de ciertas drogas, no solo en lo referente al uso medicinal y de investigación, sino también al llamado “uso recreativo”.

### Reflexiones metodológicas

Las perspectivas defendidas en este documento, sea por ejemplo la de participación comunitaria en salud, la de una atención holística o de la reducción de daños y riesgos en drogas, sólo podrán desarrollarse con cierta probabilidad de eficacia manejando unas metodologías de conocimiento y de intervención mixtas, es decir, que permitan captar la complejidad del tema que tenemos entre manos. Esto significa que para poder diagnosticar las situaciones y saber si hay que intervenir y cómo, hay que tener, por un lado, el conocimiento de los contextos de la vida cotidiana en los que se mueven los distintos grupos que constituyen una comunidad, reconociendo su complejidad y aprendiendo a manejarse en y con ella a través del uso de ciertas metodologías cualitativas en las cuales la intervención activa de los propios

sujetos objeto de las intervenciones será una condición ineludible para que puedan funcionar. Pero, por otro lado, hay que tener también la capacidad de medir lo que pasa, sea a nivel de la propia comunidad, o a niveles más amplios en los que ésta se inserta, a través de las técnicas cuantitativas pertinentes. En realidad, hay una cierta continuidad entre las dimensiones cualitativas, que se centran en los aspectos significativos y relacionales de la realidad, y las cuantitativas, que nos permiten medir ciertas cosas, lo cual nos puede resultar muy útil; sobre todo si nos centramos en medir y correlacionar aquello medible y correlacionable. Por eso es indispensable que esto último se intente después de un conocimiento concreto, previo, de tipo cualitativo (Ortí, 1993), y disponemos de técnicas que nos permiten pasar de una dimensión a otra como las de “bola de nieve”, “captura- recaptura”, etc. (Díaz, 2000).

De todos modos, tenemos que subrayar que para este tipo de aproximaciones metodológicas es indispensable considerar como dato fundamental lo local. Es decir, aquel nivel en el que continuamente se reelaboran de forma dinámica, a partir de las presiones, condicionamientos y posibilidades de las estructuras sociales, los discursos (hegemónicos y contra- hegemónicos), los comportamientos, las relaciones, etc., y ya sea en una, otra o en muchas direcciones, produciendo la consolidación, renovación, confrontación, o cualquiera de las posibilidades híbridas que puedan darse, de dichos discursos, comportamientos y/o relaciones. Se debe partir de este contexto real y cotidiano pues en él se darán las posibilidades, o no, de participación de la población para conseguir determinadas finalidades relacionadas con su salud y bienestar; pero al mismo tiempo, está claro que para garantizar aquello que se puede conseguir, hay que articular el nivel local con otros niveles más macro, en los que se toman las decisiones políticas. No habrá verdadera participación local, ni adquisición sostenible de avances en salud, sin involucrarse de una manera u otra en niveles más altos de decisión política, que garanticen la continuidad de lo conseguido localmente dentro de un contexto de transformación social más general (Romaní, 2016).

En definitiva, y tal como propone Minayo (1991), la salud es una meta a ser conquistada, un bien que se adquiere a través de los conflictos que caracterizan a nuestras sociedades. Ello implica la exigencia de que las instituciones que proporcionan servicios de salud se orienten a recomponer y actualizar constantemente los objetos, los medios de trabajo, o las actividades realizadas en las prácticas de salud, y también que, a partir de esa experiencia democrática, se instauren nuevas relaciones técnicas y sociales en el proceso de trabajo en salud. Conciliar el “mundo subjetivo” con el “mundo social” (Habermas 1990) a través de una acción pedagógica y política emancipadora; y la participación organizada de los grupos sociales, así como el reconocimiento y el estímulo a las iniciativas comunitarias, radicadas en la solidaridad, constituyen posibilidades de redefinición de relaciones sociales que podrán contribuir a la reducción del sufrimiento humano, a la preservación de la salud, la elevación de la conciencia sanitaria y ecológica y a la defensa de la vida y mejora de su calidad (Almeida Filho & Paim, 1999). Para avanzar en este camino, necesitamos los instrumentos metodológicos que nos permitan abordar la complejidad inherente a todos esos procesos con rigor y flexibilidad.

## Bases documentales y bibliográficas

Lo que hay a continuación no son sólo las referencias citadas en el texto, sino que es sobre todo la lista de un conjunto de textos sobre los temas desarrollados en el mismo, pensado para dar una orientación a quien quiera profundizar en ellos. Para que tenga una mayor utilidad, organizaremos este apartado en tres bloques:

- a) Sobre aspectos generales de la salud, correspondiente a los puntos 1-6.
- b) Sobre drogas, correspondiente a los puntos 7-11
- c) Sobre otras dimensiones de drogas y salud, correspondiente a los puntos 12-16.

Como siempre ocurre, en algunos casos se ha tenido que optar a partir de criterios más específicos. Por ejemplo, aquellos textos que hablan de participación en salud se encontrarán en el apartado a), pero aquellos que hablen de lo mismo, pero referido a la juventud, se encontrarán en el apartado c). O textos de metodología sobre el estudio de las drogas, se encontrarán en el c) y no en el b).

### a) Aspectos generales de la salud

Amorós, Celia y de Miguel, Ana (Eds.) (2005). Teoría feminista. De la Ilustración a la globalización. Madrid, Minerva.

Almeida Fihlo, Naomar, Paim, S. Jairnilson. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. En: Cuadernos médico sociales (75).5-30. Centro de estudios sociales y sanitarios. Rosario, mayo 1999.

Benach, J. & C. Muntaner ((2005) Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona, Ediciones de Intervención Cultural El Viejo Topo.

Bertolozzi, María Rita; Mónica Cecilia De-la-Torre-Ugarte-Guanilo ( 2012) "Salud colectiva: fundamentos conceptuales" Salud Areandina, Bogotá (Colombia). 1 (1): 24-36, julio-diciembre de 2012. [revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/Nn/article/.../309/337](http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/Nn/article/.../309/337)

Breilh, Jaime (2003) Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, Jaime (2010) "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano" Salud Colectiva. 2010; 6(1): 83-101  
<http://www.redalyc.org/html/731/73115246007/>

Casallas AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud publica tradicional. Rev Cienc Salud. 2017; 15(3):397-408. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>  
<http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v15n3/1692-7273-recis-15-03-00397.pdf>

- Cassetti, V., López-Ruiz, V., Paredes-Carbonell, J. & GPS, G. de T. del P. A. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. (2018). doi:10.1093/acprof:oso/9780198527084.003.0012
- Crouch C. (1999) “La ampliación de la ciudadanía social y económica y la participación”. En: García S. y Lukes, S. (eds.) Ciudadanía, justicia social, identidad y participación. Madrid: Siglo XXI.
- Dumont, Guillaume y Rafael Clua García (2015). “Acercamiento socio-antropológico al concepto de Estilo de Vida”, Aposta. Revista de Ciencias Sociales, No 66: 83-99.
- Durkheim, É. (1986). De la division du travail social, Paris: P.U.F.
- Esteban, M.L., J.M. Comelles y C. Díez Mintegui (2010) Antropología, género, salud y atención. Barcelona, Bellaterra Eds.
- Estébanez, P. (Ed.) (2002). Exclusión social y salud. Barcelona, Icaria Editorial.
- Fassin, D. (2006) “Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud”. En: Menéndez y Spinelli: (2006) (Coords.) Participación social, ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial: 138- 139.
- Galaz, C., Becerra, M., Álvarez, C. y Hedrera, L. (2016). Intervención social con mujeres inmigradas: Reconocimiento, incorporación sociocultural e igualdad de oportunidades para la inclusión. Vicerectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile
- Goffman, E. (1967) Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu.
- Granda, Edmundo (2003) ¿A que llamamos salud colectiva, hoy?. Ver en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662004000200009#asterisco1](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662004000200009#asterisco1)
- Haro J.A., Keijzer B. (Eds.) (1998) Participación comunitaria en salud. Evaluación de experiencias y retos para el futuro. El Colegio de Sonora: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Martínez Hernández, A. (2008) Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona, Anthropos
- Menéndez, Eduardo L. (1998) “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, Estudios Sociológicos, vol. XVI, nº46: 37- 67.
- Menéndez, E.L. (2009) De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires, Lugar Ed.
- Menéndez, E.L. y Spinelli, H.G. (2006) (Coords.) Participación social, ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial

Montenegro Martínez, Marisela; Galaz Valderrama, Caterine; Yufra, Laura y Montenegro Quitana, Karla (2011). Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea Digital*, 11(2), 113-132. Disponible en:  
<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/709>

Morales Borrero (ed.) (2017) Salud colectiva y salud pública ¿Se está hablando de lo mismo [https://www.researchgate.net/profile/Morales\\_Borrero\\_Carolina/publication/319151130\\_Salud\\_Colectiva\\_Salud\\_Publica\\_Estamos\\_hablando\\_de\\_lo\\_mismo/links/5994fbb10f7e9b98953b0302/Salud-Colectiva-Salud-Publica-Estamos-hablando-de-lo-mismo.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Morales_Borrero_Carolina/publication/319151130_Salud_Colectiva_Salud_Publica_Estamos_hablando_de_lo_mismo/links/5994fbb10f7e9b98953b0302/Salud-Colectiva-Salud-Publica-Estamos-hablando-de-lo-mismo.pdf)

Oakley, P. (1990) Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario. Examen de los aspectos esenciales. Ginebra: OMS.

OMS 2009 Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)

OPS Declaración de Astaná, 2018: <https://www.campusvirtualesp.org/es/nuevo-compromiso-mundial-con-la-atencion-primaria-de-la-salud-en-la-conferencia-de-astana>

Parker, R. (1987) "Acquired Immunodeficiency Syndrome in Urban Brazil", *Medical Anthropology Quarterly*, 1(2): 155- 175.

Pasarín, I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L. & Gofin, J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac. Sanit.* 24, 23–27 (2010).

Romaní, O., Pallarés, J., y Díaz, A. (2001). "Dependencia o estilo de vida?: la vida de un grupo de heroinómanos catalanes de los 80", *Trabajo social y salud*, no. 39, pp. 205- 216.

Seppilli, Tullio (2011) "Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde". *INTERFACE Comunicação Saúde Educação*, v.15, n.38: 903-914

Serapioni, M., Romaní O. (2003) "Potencialidades e desafio da participação dos cidadãos em saúde. Análise de três casos: Brasil, Itália e Inglaterra". *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003 (8), 448-448.

Stolle, D., M. Hooghe, and M. Micheletti (2005) "Politics in the Supermarket: Political Consumerism as a form of Political Participation". *International Political Science Review*, 26 (3), 245- 269.

## **b) Sobre drogas**

Adda, Jérôme, Brendon McConnell & Imran Rasul (2014) "Crime and the Depenalization of Cannabis Possession: Evidence from a Policing Experiment". Bonn, IZA Discussion Paper No. 8013



- Alexander, B., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978) "The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats". *Psychopharmacology*, 58(2), 175–179.
- American Civil Liberties Union (2005) *Caught in the Net: The Impact of Drug Policies on Women and Families*. Washington: ACLU.
- Apud, Ismael & Romaní, Oriol (2016) "La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia", *Health and Addictions*, Vol. 16, No. 2, 115-125
- Benso, V. (2010) "User-Dealer, those who have been forgotten for harm-reduction", *Sucht Magazin*, 5: 34-36
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: recovery without treatment*. Philadelphia, Temple University Press.
- Carballo, José Luis; Fernandez-Hermida, José Ramón; Roberto Secades-Villa; Linda Carter Sobell; Mariam Dum and Olaya García-Rodríguez (2007) "Natural Recovery from Alcohol and Drug Problems: A Methodological Review of the Literature from 1999 through 2005" in Kinglemann, Harald & Linda Carter Sobell (Eds.) *Promoting Self-Change From Addictive Behaviors. Practical Implications for Policy, Prevention, and Treatment*. Boston, Springer.
- Carey, Nessa (2013) *La revolución epigenética. De cómo la biología moderna está reescribiendo nuestra concepción de la genética, la enfermedad y la herencia*. Mataró, Intervención Cultural Eds.
- Clua, Rafael (2018) "Estilos de vida de los usuarios de las Salas de Consumo Higiénico de Barcelona", *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, Vol. 18, No.2: 79-89
- Comisión Global de Políticas de Drogas (2017) *El problema mundial de la percepción de las drogas. Contrarrestando prejuicios sobre las personas que usan drogas*. CGPD, Informe 2017.
- Count the Cost (2012) *The alternative world drug report*. London: Count the Cost.
- Dumont, Guillaume y Clua, Rafael (2015). *Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida*. *Aposta Digital*. *Revista de ciencias sociales*, 66, 83-99.
- Eagleman, David (2017) *El cerebro. Nuestra historia*. Barcelona, Anagrama.
- Edwards, G. y Arif, A. (Comps.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Ginebra: O.M.S.
- Epele, M. (2007). *La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras del acceso al sistema de salud*. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Ettore, E. (2004). *Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm*. *International Journal of Drug Policy* 15, 327–335.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2017) European Drug Report 2017: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Frazzetti, Giovanni (2014) *Cómo sentimos. Sobre lo que la neurociencia puede y no puede decirnos acerca de nuestras emociones.* Barcelona, Anagrama.
- Gazzaniga, Michael S. (2012) *¿Quién manda aquí?: El libre albedrío y la ciencia del cerebro.* Barcelona, Planeta.
- GEPCA (2017) *Cannabis, de los márgenes a la normalidad. Hacia un nuevo modelo de regulación.* Barcelona, Bellaterra.
- Global Comision on Drug Policy (2014) *Asumiendo el control. Caminos hacia políticas de drogas eficaces.*
- Grund, J.P.G.; Kaplan, Ch.D. & De Vries, M. (2004) "Rituales de regulación: el consumo controladop e incontrolado de las drogas en el marco natural" in *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo.* Nick Heather, Alex Wodak, Ethan Nadelmann, Pat O'Hare. Publicaciones Grup Igia. Barcelona: 67- 77.
- Heather,N., A. Wodak, E. Nadelmann, P.A. O'Hare (2004) *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo.* Barcelona: Publicaciones Grup Igia.
- Heater, Nick (2017) "Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither". *Neuroethics*,10(1): 115–124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486515/>
- Heyman, Gene M. (2013) "Quitting Drugs: Quantitative and Qualitative Features", *Annual Review of Clinical Psychology*, 9:29–59
- Jenna Pieris, N. (2014) *Mujeres y drogas en las Américas. Un diagnóstico de política en construcción.* Washington, OEA- CIM
- Kelly, John F. & William L. White (2010) *Addiction Recovery Management: Theory, Research, and Practice.* New York, Humana Press.
- Leshner, A.I. (1997), "Addiction Is a Brain Disease, and It Matters", *Science*, Vol. 278 No. 5335: 45–47.
- Lewis, Marc (2017) "Addiction and the Brain: Development, Not Disease", *Neuroethics*, 10: 7-18.
- Llort, A. y T. Borràs (Coords.) (2013) *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas.* Barcelona: Publicacions Grup Igia
- Llort, A. y Borràs, T. (2016) "¿Qué pasó en UNGASS'16?", *Las Drogas. Info.* Disponible en: <http://www.lasdrogas.info/noticias/31444/que-es-lo-que-paso-en-ungass-16.html>

- Martínez Hernández, A. (2006) "La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones", *Política y Sociedad*, Vol. 43 Núm. 3: 43-56
- Martínez Oró, D. & Pallarés Gomez, J. (2013) *De riesgos y placeres. Un manual para entender las drogas*. Lleida, Eds. Milenio.
- Miró, G. (2014) "Daño social y políticas del Estado: un análisis de las políticas de drogas como causantes de grave daño social" *Revista Crítica Penal y Poder*, 7, 149-178
- Moerman, Daniel E. (2002) "Explanatory mechanisms for placebo effects: cultural influences and the meaning response", Guess et al. (Eds.) *The Science of the Placebo. Toward an interdisciplinary research agenda*. London, BMJ Books: 77- 107
- Nichter, M. (2006) "Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica". *Desacatos*, enero-abril, nº 020: 109-132. México D.F., CIESAS. En la red: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13902005&iCveNum=2586>
- O'Hare, P.A., R. Newcombe et al. (1995) *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona, Grup Igia: 17- 39.
- O'Malley, P. (2007) "Experimentos en gobierno. Análisis gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo." *Revista Argentina de Sociología*, año 5, nº 8: 151-171
- Peele, Stanton (1990) "Addiction as a Cultural Concept", *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602:205-220.
- PNSD (2006) *Cannabis. Informes de la Comisión Clínica*. Madrid, PNSD.
- Puerta, Carmen y Eduardo J. Pedrero (2017) "La falacia de la adicción como enfermedad cerebral." *LasDrogas.Info* (mayo 2017): <http://www.lasdrogas.info/opiniones/452/la-falacia-de-la-adiccion-como-enfermedad-cerebral.html>
- Rhodes, T.yD.Hedrich (Eds.) (2010) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisboa: EMCDDA.
- Romaní, Oriol (1999) *Las Drogas, sueños y razones*. Barcelona, Ariel (1ª ed.).
- Romaní, Oriol (Dir.) (2005) *Uso de Drogas y Drogodependencias*. Monografías Humanitas, no. 5. Ver en: [http://www.iatros.es/wpcontent/uploads/humanitas/materiales/Monografia\\_Humanitas\\_5.pdf](http://www.iatros.es/wpcontent/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_5.pdf)
- Romaní, Oriol (2011) "La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias", Haro, Jesús Armando (Ed.) *La epidemiología sociocultural*, Buenos Aires, Ed. Lugar: 89- 113

- Romaní, Oriol (2013) “Reducción de daños y control social, ¿De qué estamos hablando?” en Martínez- Oró, David Pere y Joan Pallarés De riesgos y placeres. Manual para entender las drogas. Lleida, Eds. Milenio: 103- 116.
- Romo, N. (2010) “La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas”, Revista Española de Drogodependencias, 35 (3): 269-272.
- Rosenbaum, M and Murphy, S. (1990). Women and addiction: process, treatment and outcome. NIDA Research Monograph, 98, 120-127.
- Rosenbaum, M. (2002) Seguridad Primero: un Enfoque Realista sobre Adolescentes, Drogas y Educación acerca de Drogas. San Francisco, Drug Policy Alliance.
- Sepúlveda, M. (2010) “Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio”. El Cotidiano, 163: 55- 65.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2017) World Drug Report 2017, UNODC.
- VV.AA. (2000) Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona, Grup Igia y Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Coords.: Díaz, M. y O. Romaní). Ver en: <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/contextosujetosdrogas.pdf>
- VV.AA. (2016) Ni socorro ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en America Latina y El Caribe. New York, Open Society Foundations
- White, William L. & Kelly, John F. (2010) “Introduction: The Theory, Science and Practice of Recovery Management”, in Kelly & White (Eds.) Addiction Recovery Management. New York, Humana Press: 1-8.
- Zinberg, N. (1984). Drug, set and setting: The basis for controlled intoxicant use. New Haven, Yale University Press.

### **c) Otras dimensiones de drogas y salud**

- Barra, A. y Joloy, D. (2011) “Children: The forgotten victims in Mexico’s drug war”, in Barrett, D., (ed) Children of the Drug War: Perspectives on the impact of drug policies on young people, New York- Amsterdam: International Debate Education Association, iDebate.
- Becerra Pino, M. y F. J. Arteaga Jimenez (2017) Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial. Rev. Arg. de Gerontología y Geriátría;Vol 31(1):3-13
- Bourgois, Ph. (2002) “Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue”, International Journal of Drug Policy, 13: 259-269
- Burg, R., et al. (2013) “Vulnerabilidad y riesgo producidos a los adolescentes por los sistemas oficiales de salud” in Romaní y Casadó (eds.): 343- 368

- Carceller-Maicas, N., Puig, C., Vega, C. y Martínez- Hernández, A. (eds.) (2013) Orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y adolescentes. Resultados de un proyecto participativo con jóvenes y profesionales. Publicacions URV: Col.lecció Antropologia Mèdica, no 14.
- Comas Arnau, Domingo (2014) ¿Que es la evidencia científica y como utilizarla? Una propuesta para profesionales de la intervención. Madrid, Fundación Atenea.
- Díaz, A. (2000). “El estudio de las drogas en distintas sociedades. Problemas metodológicos” en VV.AA. Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Barcelona, Grup Igia y Madrid, Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, pp. 31-42.
- Díaz, D., Martínez, M.L. y Cumsille, P. (2003) “Participación Comunitaria en Adolescentes: Desafíos Para la Promoción de la Salud”. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XII, No2, 53-70.
- Goltzman, P. y Amorim, E. (2013) Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta. Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil. Ver: <http://intercambios.org.ar/news-2017/Practicadetrabajoendrogas2013.pdf>
- Guzman, C. (coords.) Pedagogía Social. Acción social y desarrollo (pp. 744-759).
- Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., & Penne, M. A. (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction*, 104, 88–96.
- Harris, A., J. Wyn y S. Younes (2010) “Beyond Apathetic or Activist Youth: 'Ordinary' Young People and Contemporary Forms of Participation”, *Young* 18 (1): 9-32.
- Helman C. (2007) *Culture, Health and illness*. Fifth Edition. London. Hodder Arnold.
- Human Rights Watch (2012) *Torture in the Name of Treatment: Human Rights Abuses in Vietnam, China, Cambodia, and Lao PDR*. Disponible en: <https://www.hrw.org/report/2012/07/24/torture-name-treatment/human-rights-abuses-vietnam-china-cambodia-and-lao-pdr>
- Kleiman A. Benson P. (2006) *Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competence and How to Fix It*. *Plos Medicine*; 3(10):1673-1676. Disponible en: [www.plosmedicine.org](http://www.plosmedicine.org)
- Kuerbis, A. et al. (2014) *Substance Abuse Among Older Adults*. *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug; 30(3): 629–654. Ver en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146436/>
- Latorre, A. (Coord.) (2014) *Las familias migrantes frente al alcohol y otras drogas. Guía para profesionales*. Barcelona, Grup Igia. Ver: <http://www.grupigia.org/grup-igia-actua/publicacions/>

- Latorre, A. (Coord.) (2014) Las familias migrantes frente al alcohol y otras drogas. Guía para Talleres. Barcelona, Grup Igia. Ver: <http://www.grupigia.org/grup-igia-actua/publicacions/>
- Llort, A. y Borràs, T. (2013) Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Barcelona, Grup Igia.
- Luquis R, Pérez M, Young M. (2006). Cultural Competence Development in Health Education Professional Preparation Programs. American Journal of Health Education; 37 (4): 233-241.
- Llort Suarez, A. (2016) “Etnografía y consumo de drogas. Relatos para la gestión de la salud pública”, REVISTA INFONOVA, No29: 73-88.
- Martínez- Hernández, A. y Muñoz García, A. (2010). “Un infinito que no acaba. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)”. Primera parte. Salud Mental, 33, (2), 145–152.Segunda parte. Salud Mental, 33, (3), 229–236.
- Minayo, M. Cecilia De Souza (Org.) (1991) Investigación social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires, Lugar Ed.
- Moore, David & Lisa Maher (2002) “Ethnography and Multidisciplinarity in the Drug Field”, The International Journal of Drug Policy, 13 (4): 245-247.
- Novella, A., Soler, P., Úcar, X. (2015). “Investigando el empoderamiento juvenil desde y con los jóvenes. La planificación de un proceso de evaluación participativa”, En: K. Villaseñor, L. Pinto, M. Fernández, M., C. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (México).
- OIJ (2013) Agenda de desarrollo e inversión social en juventud: una estrategia pòst 2015 para Iberoamerica. Ciudad de Panamá, Organización Iberoamericana de Juventud.
- Ortí, A. (1993) “El proceso de investigación de la conducta como proceso integral: complementariedad de las técnicas cuantitativas y de las prácticas cualitativas en el análisis de las drogodependencias”, in Las drogodependencias, perspectivas sociológicas actuales. Madrid, Iltre. Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en CC.PP. Y Sociología: 149- 201.
- Osorio-Merchán, M.Bibiana y López Díaz, A.Lucero (2008) “Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado”, Index de Enfermería, vol.17, nº 4. Ver en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010)
- Purnell L, Paulanka B. (2005) Introduction. In: Purnell L, Paulanka B. Guide to Culturally Competent Health Care. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Romaní, O. (2013) Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto, Publicacions URV, Col.lecció Antropologia Mèdica nº 12.

Ver en: <http://publicacionsurv.cat/llobres-digital/antropologia-medica/item/401-etnograf%C3%ADa-metodolog%C3%ADas-cualitativas-e-investigaci3n-en-salud-un-debate-abierto>

Romaní, O. (2016) “Jóvenes, participación, salud y drogas”, *Metamorfosis, Revista del CRSsEAJ*, 5 (diciembre): 64- 79.

Ver: <https://revistametamorfosis.es/index.php/metamorfosis/article/view/55>

Romaní, O. y Casadó, L. (2014) Jóvenes, desigualdades y salud. Vulnerabilidad y políticas públicas. Publicacions URV, Col.lecció Antropologia Mèdica nº 13. Ver en: <http://www.publicacions.urv.cat/llobres-digital/antropologia-medica/11-antropologia-medica/437-jovenes-desigualdades-y-salud>

Soler Masó, P. et al. (2017) “La construcción de un modelo pedagógico del empoderamiento juvenil” *SIPS - PEDAGOGÍA SOCIAL. REVISTA INTERUNIVERSITARIA*, 30: 19-34.

Spector R. (2004) *Cultural diversity in health & illness*. Spector R. Upper Saddle River, N.J. Pearson Prentice Hall.