

# TRABAJO FIN DE GRADO (TFG)

Grado en Educación Social

Curso 2019/2020



Título del trabajo: Los Derechos Sexuales y Reproductivos en la atención a mujeres que usan drogas: un estudio de campo en Nou Barris.

Autor/a: Sara Rebeca Carbonell Currelo

Tutor/a: Kira Mahamud Angulo

Línea: Historia y Política en el ámbito de la Educación Social

Convocatoria: Septiembre



**PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE**  
**“Investigaciones en el territorio, TFG y TFM con proyección en el entorno social”**

**Grupo de Innovación Docente INTFG - GID2017-6**

Departamentos de:  
Antropología Social y Cultural  
Historia de la Educación y Educación Comparada  
UNED

Tutor de Apoyo: Profesor Francisco José Montañez Zarcero  
Centro Asociado de la UNED en Barcelona

## **Agradecimientos**

A Kira Mahamud y Xesco Montañez, tutores del trabajo. Esta investigación no habría sido tan enriquecedora y motivadora sin su acompañamiento académico y sensible.

A Mireia González, Araceli Alcalde y Ianire García, compañeras del periplo. Gracias por compartir y ser un apoyo durante el proceso.

A todas las personas informantes, y en especial a las entrevistadas: Dora Ortiz, Clara Naya, Mercè Meroño, Gemma Altell, Marta Fité, Judith Arévalo, Arnau Padrós, Ana Ibar, Ramon Mora, Montse Pineda y Cristina Cruz. Gracias por el tiempo y el interés dedicados a esta investigación.

A la Agencia de Salud Pública de Cataluña y la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Gracias por la colaboración y disponibilidad.

A Sara Llobera. Gracias por leer, corregir y acompañarme en el desánimo tanto como en el entusiasmo.

---

<b>Agradecimientos</b>	3
<b>Índice de figuras</b>	6
<b>Resumen / Abstract</b>	8
<b>1. Introducción</b>	9
1.1. Motivación	9
1.2. Objetivos	10
1.3. Justificación	10
<b>2. Marco teórico</b>	17
2.1. El género: causa y efecto de desigualdad	17
2.2. Salud y género: cómo enferma ser mujer	21
2.3. Drogas y género: consumos diferenciados y dificultad de acceso a recursos	24
<b>3. Marco contextual</b>	28
3.1. Territorio: distrito de Nou Barris	28
3.2. Territorio: Trinitat Nova, Verdum y Roquetes	30
<b>4. Metodología</b>	31
<b>5. Las drogas en Nou Barris</b>	41
5.1. Atención a las drogodependencias en el distrito VIII	44
<b>6. Derechos Sexuales y Reproductivos en la atención a mujeres que usan drogas en Nou Barris</b>	49
6.1. Servicios públicos	49
6.2. Iniciativa comunitaria	52
6.3. Iniciativa social	52
<b>7. Ampliando el foco (I): La salud sexual y reproductiva en Barcelona</b>	55
7.1. El enfoque de derechos como estrategia metodológica	55
7.2. Agentes, competencias e instrumentos	58
7.3. Mujeres que usan drogas: un colectivo con necesidades específicas en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos	62
<b>8. Ampliando el foco (II): La transversalidad como metodología de trabajo, el caso de los DSyR</b>	67
8.1. La transversalidad en la práctica política y educativa	69
<b>9. Los servicios locales en Nou Barris</b>	71
<b>Conclusiones</b>	75

---

<b>ACRÓNIMOS</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>81</b>
<b>WEBGRAFÍA</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO 1</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO 2</b>	<b>91</b>
A.2.1. Entrevista 1	91
A.2.2. Entrevista 2	105
A.2.3. Entrevista 3	116
A.2.4. Entrevista 4	131
A.2.5. Entrevista 5	141
A.2.6. Entrevista 6	157
A.2.7. Entrevista 7	160
A.2.8. Entrevista 8	169
A.2.9. Entrevista 9	174
A.2.10. Entrevista 10	185
A.2.11. Entrevista 11	193

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Socialización y aprendizaje de género.....	<b>19</b>
<b>Figura 2.</b> Socialización y aprendizaje de género atendiendo a la jerarquía entre géneros .....	<b>20</b>
<b>Figura 3.</b> Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años. ....	<b>23</b>
<b>Figura 4.</b> Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta .....	<b>25</b>
<b>Figura 5.</b> Plano de distritos de Barcelona .....	<b>28</b>
<b>Figura 6.</b> Datos demográficos de ciudad, distrito y barrios.....	<b>29</b>
<b>Figura 7.</b> Ordenación urbana de Nou Barris.....	<b>30</b>
<b>Figura 8.</b> Agentes entrevistados/as en Nou Barris .....	<b>31</b>
<b>Figura 9.</b> Proceso de investigación en función del ámbito territorial.....	<b>32</b>
<b>Figura 10.</b> Agentes entrevistados/as según ámbito de experiencia. ....	<b>32</b>
<b>Figura 11.</b> Agentes entrevistados/as según ámbito territorial.....	<b>33</b>
<b>Figura 12.</b> Entrevistas realizadas en el marco de la investigación .....	<b>34</b>
<b>Figura 13.</b> Fuentes e informantes del área de influencia de distrito. ....	<b>36</b>
<b>Figura 14.</b> Fuentes e informantes del área de influencia municipal .....	<b>38</b>
<b>Figura 15.</b> Fuentes e informantes del área de influencia autonómica.....	<b>39</b>
<b>Figura 16.</b> Territorio asignado al CAID Garbivent, hasta el año 1992.....	<b>41</b>
<b>Figura 17.</b> Personas que iniciaron tratamiento en CAID Garbivent entre 1985-1988	<b>42</b>
<b>Figura 18.</b> Promoción en prensa de la nueva división administrativa municipal .....	<b>43</b>
<b>Figura 19.</b> Inicios de tratamiento de mujeres .....	<b>46</b>
<b>Figura 20.</b> Inicios de tratamiento de mujeres.....	<b>46</b>
<b>Figura 21.</b> Triangulación de ámbitos de investigación .....	<b>49</b>
<b>Figura 22.</b> Aportación del enfoque de derechos a la dimensión de la salud .....	<b>56</b>
<b>Figura 23.</b> Implicación del género en los determinantes de la salud .....	<b>57</b>
<b>Figura 24.</b> Organigrama de los organismos públicos con competencias en salud ....	<b>59</b>

<b>Figura 25.</b> Rol de la educación en la transformación social, entre lo personal y lo político.....	<b>64</b>
<b>Figura 26.</b> Acciones transversales: proceso / resultado .....	<b>67</b>
<b>Figura 27.</b> Modelo de acción social transversal .....	<b>70</b>
<b>Figura 28.</b> Resumen de políticas, acciones y entidades que trabajan sobre los DSyR en el caso de mujeres que usan drogas .....	<b>74</b>

## RESUMEN / ABSTRACT

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) son inherentes e inalienables, como Derechos Humanos que son. A pesar de su perfilamiento y reconocimiento en diversas conferencias internacionales a partir de mediados de los años noventa su aplicación sigue siendo desigual. Este trabajo de investigación analiza las cuestiones estructurales discriminatorias en la garantía de los DSyR de las mujeres que usan drogas, que viven la interseccionalidad entre el estigma de consumir drogas y la construcción de ser mujer, múltiplemente penalizadas por transgredir los mandatos de género.

El análisis se desarrolla a partir del caso concreto de Nou Barris, un distrito periférico de Barcelona. A través de esta experiencia se vehicula el estudio de políticas públicas que aborden la cuestión, así como de programas, proyectos y organizaciones enfocadas a la defensa de estos derechos, en un ámbito municipal y autonómico. También se examina la pertinencia de la transversalidad en las políticas, y de qué manera ha de articularse para ser efectiva y real en el contexto estudiado.

*Sexual and Reproductive Rights (SRR) are inherent and inalienable, as Human Rights. Despite its profiling and recognition at various international conferences since the mid-1990s, its application remains unequal. This research project analyzes the discriminatory structural questions in the guarantee of the SRR of women using drugs, who live the intersectionality between the stigma of consuming drugs and the construction of being a woman, penalized in a multiple way for transgressing the gender mandates.*

*The analysis is developed from the specific case of Nou Barris, a peripheral district of Barcelona. Through this experience, the study of public policies that address the issue is conducted, as well as programs, projects and organizations focused on the defense of these rights, in a municipal and autonomous environment. The relevance of mainstreaming in policies is examined, and how it must be articulated to be effective and real in the studied context.*



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Motivación

La motivación generadora de este trabajo es visibilizar la confluencia de dos ámbitos muy explorados en las vertientes formativa y laboral: de una parte, los Derechos Sexuales y Reproductivos y, de otra, el colectivo vulnerable de personas con usos problemáticos de drogas. Velaz de Medrano (2009, p. 230) citando a Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992), revela que:

“prevenir la drogodependencia significa incidir sobre los fenómenos de toda índole (ambientales y personales) que facilitan, en ciertos individuos, el desarrollo de pautas disfuncionales de consumo de sustancias psicoactivas”.

En consecuencia, se puede considerar la drogadicción como un fenómeno multidimensional, con motivaciones diversas e implicaciones en diferentes ámbitos de la vida de las personas que consumen. El feminismo, que avala la reivindicación de los DSyR, propone alternativas en referencia a esa multidimensionalidad utilizando herramientas como el análisis interseccional, incluyendo y ampliando exponencialmente la visión transversal de la perspectiva de género, y que se desarrollará más adelante.

La garantía de los DSyR es una estrategia de transformación social de gran magnitud, ya que en la promoción de la libertad y la autonomía corporal en lo relativo a las sexualidades, se ordena el poder de cada persona sobre sí misma. Es decir, garantizar que no haya cuerpos vulnerados es una cuestión básica para asegurar la ciudadanía participativa, base supuesta y deseable de la estructura social. No es posible una implicación colectiva en términos de igualdad real si las individualidades no son tratadas por igual, y en este caso el cuerpo es el indicador básico. Cuando además hablamos de los cuerpos de personas que viven en situación de máxima vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres drogodependientes (se analizará con detalle en apartados posteriores), el deber público y social de protegerlas es aún mayor, para evitar discriminaciones encadenadas.

El proyecto de Innovación Docente “Investigaciones en el territorio, TFG y TFM con proyección en el entorno social” crea un contexto idóneo para consumir el análisis derivado de la inquietud por los DSyR en colectivos vulnerabilizados.

## 1.2. Objetivos

El objetivo inicial del trabajo se delimitó a partir de la inquietud por estudiar cómo se incorporan los DSyR en los recursos de atención a personas drogodependientes. No obstante, las primeras aproximaciones a la respuesta provocaron un cambio de dirección, al constatar que los recursos de atención a las drogodependencias en realidad no se hacían cargo específicamente de esta cuestión. La nueva pregunta de investigación, por tanto es: ¿existe una estrategia integrada de garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres drogodependientes de Nou Barris? Los resultados muestran la realidad compleja en la que existe una estrategia política con unas limitaciones manifiestas, que no dan lugar a la protección de los derechos de las mujeres que usan drogas.

La cuestión investigada se concreta mediante los siguientes objetivos:

### Objetivo general:

- Profundizar en el conocimiento sobre las estrategias de garantía de los DSyR de las mujeres que usan drogas en Nou Barris, a través de los diferentes agentes y servicios que operan en el distrito y en el área metropolitana.

### Objetivos específicos:

- Investigar qué servicios prestan atención diferencial a mujeres drogodependientes en el área delimitada, y en qué medida están concebidos con perspectiva de género.
- Conocer proyectos, programas o políticas que giren en torno a la salud sexual y reproductiva del colectivo de mujeres drogodependientes.
- Esclarecer cuales son los organismos competentes para la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de mujeres consumidoras y comprobar cómo se articulan entre ellos y con otras iniciativas.

## 1.3. Justificación

En general, los programas de atención a la drogodependencia, tanto en el ámbito de la prevención, como en reducción de daños y en tratamiento, están diseñados bajo

una mirada androcentrista. Esto significa que las mujeres<sup>1</sup> que llegan (que son una minoría respecto del total de personas usuarias), participan en gran parte de programas que no tienen en cuenta las necesidades específicas derivadas del rol de género que han de desempeñar.

El abordaje del problema de las drogas como problema social está muy influenciado por las representaciones sociales que surgen de las percepciones, que a su vez son selecciones de información (Martínez, 2009, p. 23). Estas representaciones intervienen en “[...] la conducta de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo, específicos por construcción de género” (*Ibid.*, p. 41).

Por lo tanto, las mujeres viven sus consumos invisibilizadas, de tal manera, que la primera Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) que podemos encontrar con los datos segregados por sexos data de 1999<sup>2</sup>. Esta encuesta es bianual, y es llevada a término por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en colaboración con las comunidades autónomas. Como un argumento más que respalda la consideración androcentrista del tratamiento de las drogas, cabe señalar que hasta el año 2005 no comenzó a contemplarse en dicha encuesta el consumo de psicofármacos con receta, la droga más consumida por las mujeres mayores de treinta y cuatro años. La representación social de la drogadicción es masculina, y, en consecuencia,

“la mujer que desarrolla conductas en torno al abuso de drogas suele vivirlo de forma individualizada, atomizada, sin referentes en el imaginario social colectivo. Permanece invisibilizado, a la sombra de la drogodependencia masculina” (Martínez, 2009, p. 43).

Como contrapunto de estas carencias, cabe destacar que en Cataluña existen unas políticas de drogas muy avanzadas en comparación con el resto del estado, con especial incidencia en reducción de daños. Aun así, algunos datos reflejados por el

---

<sup>1</sup> Cuando se habla de mujeres en este trabajo no se hace referencia a una categoría biológica sino de género, por lo que se incluye a todas aquellas personas cisgénero o transgénero que se sientan identificadas con la etiqueta “mujer”. Como aclaración, las personas cisgénero son aquellas que sienten adecuada la identidad de género asignada en función de su sexo.

<sup>2</sup> Modificación detectada a través del estudio de los informes anuales de la encuesta EDADES, que existen desde el año 1995. Se puede acceder a los informes a través de la siguiente página web: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm> [Último acceso: 07/07/2020].

---

informe anual del Sistema de Información sobre Drogodependencias de la Generalitat (2018) son los siguientes:

- De todos los tratamientos iniciados, 10.800 fueron hombres y 3.144 mujeres. La droga motivadora del tratamiento para las mujeres fue mayoritariamente el tabaco, con un 46,6% de los casos, seguida por un 26,7% en la categoría “otras”, en la que se pueden suponer incluidos los hipnosedantes, ya que no se encuentran en ninguna categoría de forma explícita.
- En los programas de intercambio de jeringuillas participaron 6.000 hombres, frente a 859 mujeres y 14 personas transexuales/transgénero.
- Las salas de consumo fueron utilizadas por 3.251 hombres, con 129.278 consumos. Las mujeres (420), hicieron uso 17.632 veces.

Justificada la desigualdad de acceso y de uso, y por lo tanto la necesidad de abordar la problemática de las drogas desde la perspectiva de género, es preciso conceptualizar la incorporación de los Derechos Sexuales y Reproductivos como una medida de igualdad de género. Los DSyR parecen ser considerados derechos negativos<sup>3</sup>, pero la realidad es que al igual que otros derechos, necesitan acciones positivas para ejercerlos (Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, 2019). En consecuencia, las violaciones de los DSyR pueden considerarse discriminación por razón de género. Como se irá mostrando en los apartados posteriores, perspectiva de género y Derechos Sexuales y Reproductivos están estrechamente ligados.

Efectuando una breve retrospectiva, se pueden encontrar una serie de acontecimientos que, aunque no fueron los primeros, representan la voluntad de algunos/as actores/as por reducir las desigualdades de género en el ámbito de las drogodependencias, reivindicando la desestigmatización de las mujeres consumidoras y la garantía de sus derechos. Entre todos estos derechos, se destacan los DSyR, por proteger la sexualidad y el cuerpo de las mujeres, que, como indica Martínez (2009, p. 56) siempre se ponen en juego. Los hechos representativos son los siguientes:

- **Informe *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España* (2016).** Realiza un repaso del estado de la cuestión sobre

---

<sup>3</sup> Esto se debe a que en la práctica la promoción de la salud sexual y reproductiva se circunscribe en gran medida al control de situaciones de riesgo. Esto deja al margen la proactividad respecto al ejercicio de la autonomía y la libertad, que en la dimensión de la sexualidad se puede abordar a través del placer, prácticas no normativas, preferencias no hegemónicas, etc., desvinculando la práctica sexual de la reproductiva (Davis, 2008).

---

salud sexual y reproductiva, ante el retroceso sucedido en el Estado español. Estas deficiencias fueron causadas por los recortes derivados de la crisis económica. La reducción presupuestaria tuvo repercusión en los derechos de las mujeres, con especial impacto en aquellas que viven situaciones de pobreza o marginación. En un país cuyo déficit en servicios sociales es cubierto por los servicios sanitarios (*Ibid.* p. 8), el proceso de hibridación público/privado ha agrandado la brecha de desigualdad. A modo de ejemplo, el informe indica que en 2013 se retiraron “algunos anticonceptivos hormonales de última generación, añadiendo una carga económica a cerca de un millón de mujeres” (*Ibid.* p. 8). Evidentemente, no todas las mujeres pueden asumir ese gasto, dejando a las más desfavorecidas en situación de vulnerabilidad para su salud sexual. El informe dedica también unos párrafos a visibilizar la exclusión social y estigmatización de las mujeres drogodependientes, así como la inadaptación de los servicios de deshabituación, diseñados según el modelo androcentrista.

- **Presentación de *Metzineres, entorns de cobijo* de la Fundación Salud y Comunidad (2017).** Este proyecto es pionero en el estado, “*plantejat com el primer entorn integral de reducció de danys exclusiu per dones a Catalunya*” (*El diari de la sanitat*, 2019). Se ofrece a mujeres que usan drogas un entorno para el descanso diurno, la higiene, seguimiento sanitario, acompañamiento y apoyo mutuo. Es un espacio seguro y no mixto que, entre otras cosas, pretende evitar la violencia sexual que sufren en la calle, y en muchos casos en recursos mixtos, por parte de usuarios hombres. Se trata de un proyecto comunitario, en el que las usuarias participan activamente en la red de entidades del barrio del Raval, reduciendo su estigma y trabajando el malestar psicológico y emocional descentralizándolo del consumo. Es decir, son personas con múltiples vivencias vulnerabilizadoras, y como dice Aura Roig, antropóloga y creadora del proyecto, “*nosaltres no ens fixem només en què consumeixen sinó en tota la problemàtica que hi ha entorn del consum*” (VilaWeb, 2020). Actualmente acogen a doscientas cuarenta mujeres en sus instalaciones, aunque el proyecto fue inicialmente pensado para cuarenta.
- **XIV Jornada de la Federación Catalana de Drogodependencias “Drogas y género: ¿En qué punto del camino estamos?” (2018).** Además de hacer una radiografía sobre el estado de la cuestión, y ofrecer recomendaciones por parte de profesionales expertas, en esta jornada se presentó una herramienta de evaluación para las entidades federadas. El resultado se tradujo en un informe publicado en 2019 por la propia federación y la Agencia de Salud Pública de

Cataluña, en el que, entre otros, se presentan resultados sobre las preguntas siguientes:

- Respecto a las direcciones de los programas asistenciales (ASPCAT y FCD, 2019, pp. 21-28):
  - El 50% de las entidades afirman desarrollar acciones para compensar las barreras de acceso que encuentran las mujeres.
  - El 83% creen que hay factores de riesgo y protección diferenciales en función del género en cuanto al consumo.
  - Solo el 33% intenta reducir las diferencias de género marcadas por la división sexual del trabajo en la aplicación de programas.
  - El 83% no dedican supervisión o reflexión periódica a las prácticas desde la perspectiva de género.
  - También el 83% tiene en cuenta la red especializada en igualdad y violencias machistas, y derivan a esa red, aunque solo el 33% se coordina con estos recursos.
- Respecto a los equipos de los programas asistenciales (*Ibíd.*, pp. 43-45):
  - El 83% creen que las mujeres encuentran más barreras de acceso a los servicios que los hombres, e identifican barreras respecto a la permanencia en el servicio en caso de ser mujeres.
  - Únicamente el 33% dedican espacio y tiempo periódico de supervisión a las prácticas en perspectiva de género.
- **Informe del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos (2019)**, en el que se denuncian las siguientes vulneraciones hacia las mujeres con trastornos por consumos de sustancias:
  - Falta de acceso a medidas anticonceptivas de larga duración.
  - Inducción a la interrupción voluntaria del embarazo, bajo el supuesto de incapacidad para realizar tareas de cuidado. Además, infantilización de la mujer embarazada, menosprecio de su capacidad de decidir.
  - Dificultades para acceder a los recursos de salud por la amenaza de la retirada de hijos/as.

- Frecuentemente no se acompaña psicológica y emocionalmente a las mujeres durante el duelo asociado a la retirada del/a hijo/a.
- Pese a las recomendaciones de análisis de casos individualizado por parte de la Organización Mundial de la Salud, y a que haya sustancias y cantidades no incompatibles con la lactancia, hay resistencias de los servicios de salud a permitirla.

El análisis de esta información incita a un abordaje de la cuestión tratada desde un enfoque de derechos, y así lo delimitan una serie de documentos que se explicitarán a continuación, en un recorrido desde el alcance más global al más concreto respecto al territorio que nos ocupa.

- Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible (ONU, 2015)
  - Meta 5.6. Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, 1995 (ONU, 1996). Entre otros muchos compromisos:
  - Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación;
  - Promover y proteger todos los derechos humanos de las mujeres y las niñas.
- Plan Director de Salud Mental y Adicciones. Estrategias 2017-2020 (Generalitat de Catalunya, 2017).
  - Línea estratégica 2. Mejorar las prácticas asistenciales en relación con los derechos de las personas y potenciar nuevas capacidades de participación y empoderamiento de las personas usuarias de los servicios.
- Plan para la Justicia de Género 2016-2020 (Ayuntamiento de Barcelona, 2016).
  - Objetivo 1: desplegar un cambio institucional para reducir las desigualdades de género.
  - Sistemas de información y evaluación con perspectivas de género.

- Incorporación de objetivos de género a la normativa, planes y programas.
- Desplegar los espacios y estructuras institucionales de impulso de la igualdad de género.

Objetivo 3: Hacer de Barcelona una ciudad de Derechos.

- Fortalecer los derechos sociales y reproductivos.
  - Incrementar la calidad de la salud de las mujeres (deporte, salud, reproductiva y sexual).
  - Abolir la violencia en la vida de las mujeres.
- Medida de Gobierno para promover la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona, 2014).

Línea 3. Ámbito de atención:

- Facilitar el acceso a los métodos de barrera para la prevención de las ITS, especialmente en colectivos vulnerables.
  - Facilitar el acceso al dispositivo especializado en atención a las víctimas de agresiones sexuales.
  - Facilitar formación continuada a los/as profesionales de la salud sobre la salud sexual y reproductiva.
  - Promover el abordaje integral de las situaciones complejas en relación a la salud sexual y reproductiva.
- Plan de barrios (Ayuntamiento de Barcelona, 2016). Es un programa extraordinario con presupuesto asignado para revertir las desigualdades entre los barrios de la ciudad. Entre los dieciséis barrios incluidos en el plan, se encuentran cuatro del distrito de Nou Barris, y dos que coinciden con el territorio estudiado: Trinitat Nova y Roquetes, con líneas de acción en derechos sociales y salud.



## 2. MARCO TEÓRICO

Los Derechos Sexuales y Reproductivos son una parte indisoluble de los Derechos Humanos, como se enunció en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing (1995, p. 38):

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia”.

Estos derechos y su enfoque surgieron de las reivindicaciones del movimiento feminista de los años 70 desde la determinación de las mujeres de regular su sexualidad y capacidad reproductiva sin imposiciones por parte de los hombres. Así mismo, se pretendía que estos se responsabilizasen del ejercicio de su sexualidad (Maoño y Vazquez, 2006).

En el año 2000 todos los Estados Miembro de las Naciones Unidas acordaron la Declaración del Milenio, en la que se incluían objetivos referentes de forma explícita a los DSyR. Además, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) formuló en 1995 una carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, disgregando finalmente los sexuales en otra declaración en el año 2008, con el objetivo de que no quedasen subordinados a la salud reproductiva<sup>4</sup>.

Hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos es, inequívocamente, hablar de perspectiva de género. Por este motivo, se hace necesario desarrollar esta perspectiva, lo cual se realizará de la siguiente manera: en primer lugar, definiendo el género; en segundo lugar, mostrando la existencia de un sesgo de género en la sanidad, así como datos sobre la medicalización del cuerpo de las mujeres; y, para concluir, concretando la reflexión en el ámbito de la atención a las personas drogodependientes.

### 2.1. El género: causa y efecto de desigualdad

La primera vez que se utilizó el concepto “género” fue en 1968 por el psicoanalista Robert J. Stoller (Varela, 2008). Sin embargo, no fue hasta 1972 que se popularizó la distinción entre los conceptos de “sexo” y “género”, debido a las conclusiones

---

<sup>4</sup> Ver Anexo I (p. 88).

extraídas por John Money y Anke Ehrhardt de su trabajo con personas intersexuales, llamadas hermafroditas en aquel entonces (Fausto-Sterling, 2006). A partir de ese momento y coincidiendo con el inicio de la segunda ola del feminismo, se construyó un concepto de **género en contraposición al sexo**, circunscritos ambos a la dicotomía biológico-social o natural-cultural. Se dotó al **sexo** de las características biológicas, convirtiéndolas en fijas e inamovibles en tanto que eran consideradas consecuencia de la irrefutabilidad de los procesos fisiológicos, al estar estos refrendados por la autoridad científica. Esta autoridad estaba (y todavía está, aunque en menor medida) encarnada por la masculinidad, tal y como desarrolla Fausto-Sterling en su obra *Cuerpos Sexuados* (2006). En este ensayo, la autora desmiente el esencialismo biologicista que defienden múltiples estudios científicos de referencia, por el sesgo de género a la hora de seleccionar las muestras o analizar los resultados.

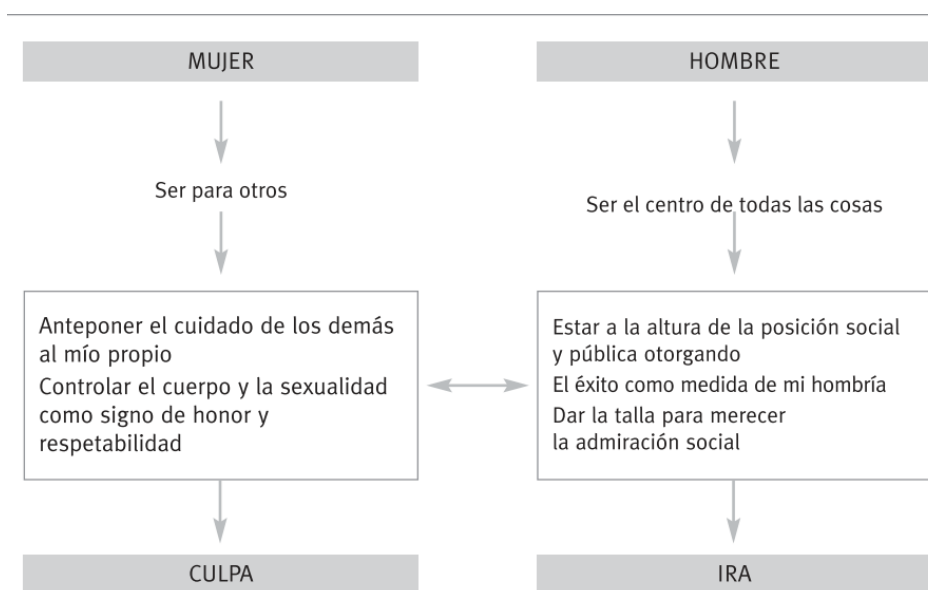
Volviendo a la dicotomía, el **género** se define como una serie de rasgos inculcados socialmente, construido por tanto de manera simbólica en torno a lo supuestamente físico, visible y evidente. Esta tesis se vio reforzada con la enunciación del **sistema sexo-género**, por la antropóloga Gayle Rubin (1986), aunque con un matiz de gran peso, tanto que, de hecho, sitúa el modelo de Rubin en las antípodas del pensamiento de Money y sus colegas científicos: redimensiona el género de categoría individual a sociocultural a través de la consideración de “sistema”. Utilizando este término hace referencia a una **dominación estructural** basada en un conjunto de creencias que subordinan a las mujeres respecto de los hombres. Esto último es relevante, ya que citando a Serret y Mendez (2011, p. 26), “la diferencia de género opera siempre como desigualdad”. También Joan Scott en *Género e historia* (2008, p.65), vincula ambas dimensiones -personal y social-, en la definición de género:

“el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales, las cuales se basan en las diferencias percibidas entre los sexos, y el género es una forma primaria de las relaciones simbólicas de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales siempre corresponden a cambios en las representaciones del poder, pero la dirección del cambio no es necesariamente única.”

Esta doble dimensionalidad supone, por tanto, que el género articule relaciones de poder de una manera absolutamente transversal a todo lo que sucede en el mundo: desde la esfera político-legislativa, hasta la sociocultural, la comunitaria y la

personal, a través de toda la Historia. Así mismo, la definición de Scott implica una posibilidad de transformación en tanto que anuncia como factible la bidireccionalidad de los procesos.

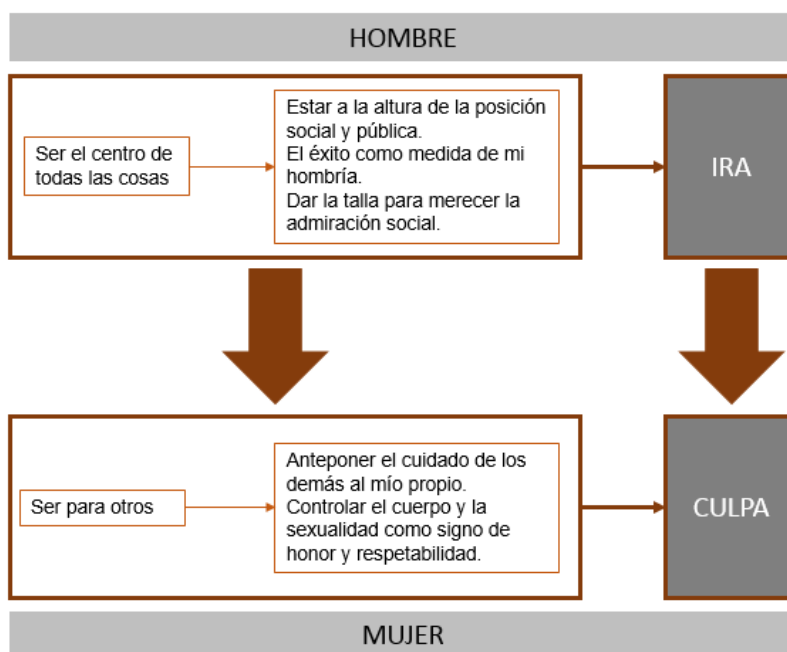
¿Cómo han sobrevivido esos mandatos intergeneracionalmente? Decía la filósofa feminista Simone de Beauvoir que “la mujer no nace, se hace”. La manera en la que se transmiten los modelos normativos de género es a través de la **socialización diferencial de género**. La socialización es el proceso a través del cual las personas en interacción con otras aprenden e interiorizan los valores, actitudes, expectativas y comportamientos característicos de la sociedad en la que han nacido y que le permiten desenvolverse en ella (Giddens, 2001, citado en Rebollo, 2010, p. 17). La cuestión es que hay una asignación diferencial de actividades y roles, que conforman la identidad de género, tal y como explica Rebollo (2010, p. 18) en la *figura 1*. La culpa es, según la autora, “un sentimiento legitimado y fomentado socialmente en las mujeres” (*Ibid.* p. 19), cuestión de gran relevancia para el análisis que se realizará posteriormente de las mujeres con consumos problemáticos de sustancias.



**Figura 1.** Socialización y aprendizaje de género. Fuente: Rebollo (2010).

El arraigo de las conductas y valores determinados por el género dificulta en gran medida la solución a la discriminación, ya que, pese a medidas para reforzar la igualdad de derechos, las expectativas y exigencias de hombres y mujeres son diferentes, y es en ellas en las que hay que poner el foco, con una pretensión educativa. Respecto a las desigualdades, es necesario hacer hincapié en el motivo que las desencadenan, que no es otro que la jerarquía entre los dos géneros. En esta

relación de poder, las mujeres tienen el mandato de cumplir con determinados roles. El cumplimiento de estos roles las mantiene en la subordinación y rebelarse a la norma las convierte en sujetos objeto de violencias diversas. Desde esta concepción, sería apropiado transformar la *figura 1* en la *figura 2* de la forma siguiente:



**Figura 2.** Socialización y aprendizaje de género atendiendo a la jerarquía entre géneros. Fuente: Elaboración propia a partir de Rebollo (2010).

Precisamente para prevenir, evitar y solventar estas violencias se ha de tener en cuenta la perspectiva de género. La **perspectiva de género** es el análisis detallado de todos los aspectos derivados de las diferencias, y por tanto de las desigualdades, desprendidas del género. Su objetivo es paliar las condiciones sociales que conservan la jerarquía entre géneros, por lo que de forma esencial lo que pretende es una transformación social. Esta transformación requiere de esfuerzos educativos, pero también familiares, laborales, políticos y legislativos, entre otros (Miranda-Novoa, 2012). De momento, gran parte de esos esfuerzos han tenido como origen a los movimientos civiles feministas, por lo que la perspectiva de género puede llamarse también perspectiva feminista.

Un ejemplo concreto son las encuestas de salud, instrumento básico para conocer la información sanitaria de la población. Hasta 1992, en Barcelona, no se incluía en ellas ninguna variable ligada al cuidado. Incluir estas variables, así como las relativas

a la realización del trabajo doméstico o su reparto, entre otras, es aplicar la perspectiva de género.

## 2.2. Salud y género: cómo enferma ser mujer

Continuando la línea argumental, el género asignado significa la existencia de cada persona en todas las dimensiones que la abarcan. No es extraño, por tanto, pensar que hay aspectos diferenciales también respecto a la salud, en los cuales nos detendremos ahora, para demostrar cómo el sistema sanitario, cuyas creencias científicas están construidas en torno a una **lógica androcéntrica**, también discrimina a las mujeres con repercusiones en su salud, pese a ser concebido como una estructura de protección.

En este sentido, merece la pena detenerse en tres cuestiones fundamentales para comprender la **patologización de la feminidad**:

- Desde que se recoge esta información (2005), las mujeres son las máximas consumidoras de hipnosedantes.
- En los centros de Atención Primaria se prescriben grandes cantidades de psicofármacos.
- Existe una sobrerrepresentación histórica de las mujeres en las estadísticas epidemiológicas psiquiátricas.

Sobre la primera cuestión, el informe de la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (2017) muestra la evolución del uso de psicotrópicos en función del sexo. En la *figura 3* podemos advertir que las mujeres se aproximan a la proporción 2:1 respecto de los hombres. Esta diferencia se hace especialmente notable en la franja de edad de 35 - 64 años, siendo la edad media de inicio de consumo 34,4 años.

Las dos siguientes cuestiones pueden resultar explicativas de esta primera en tanto que las mujeres, por las características inferidas a través del proceso de socialización diferencial, muestran mayor predisposición que los varones a reconocer su malestar y buscar atención al respecto (Markez *et al.*, 2004, p. 38). En consecuencia, las mujeres visitan los servicios de Atención Primaria con mayor frecuencia, contribuyendo a la representación social de que son más débiles y enferman más. En el mismo artículo de Markez *et al.* (2004, p. 46) se hace referencia a estudios que señalan una mayor prescripción de psicofármacos para mujeres, en casos de diagnósticos y número de consultas similares que los de los hombres.

El sesgo de género, sumado a otros factores como la división sexual del trabajo, el rol femenino vinculado a los cuidados de otras personas, así como la pertenencia al ámbito doméstico y por tanto privado, no facilitan que las mujeres puedan gestionar sus malestares. Además, los profesionales sanitarios de Atención Primaria tienden a psicologizar dolencias físicas, y se desatienden las cuestiones vinculadas con el entorno: violencia de género, precariedad, desempleo, pluriempleo, cuidado de personas dependientes, etc. Esta psicologización provoca que no se derive a las pacientes a servicios especializados de salud mental (u otros servicios sociales), negándoles por tanto un diagnóstico y tratamiento adecuados (Romo *et al.*, 2003, p. 374). En resumen, “se ha estado patologizando el malestar femenino, presentándolo como desviación de la norma cuando es la adhesión a esas normas, lo que genera malestar en esas mujeres” (Markez *et al.*, 2004, p. 41).

En cuanto a la epidemiología psiquiátrica, Ordorika (2009, p. 656) desvela que en 1980 se demostró la similitud numérica entre hombres y mujeres con padecimiento mental, tras un estudio de la American Epidemiological Catchment Area. La discrepancia histórica entonces, había sido la exclusión de categorías diagnósticas de mayor afección en varones, como los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias, confirmando, una vez más, la perspectiva androcéntrica.

	2011		2013		2015		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	77,6	65,7	77,5	68,6	77,1	67,9	74,8	64,5
Alcohol	94,0	87,7	95,0	91,3	95,3	91,7	93,6	88,8
Hipnosedantes con o sin receta	13,7	25,4	16,8	27,6	13,6	23,9	15,9	25,6
Hipnosedantes sin receta	2,1	2,6	2,6	2,8	3,3	4,9	2,8	3,2
Cannabis	35,4	19,2	37,9	22,7	40,1	22,8	43,6	26,8
Éxtasis	5,1	2,0	6,3	2,2	5,3	1,8	5,3	1,9

---

**Figura 3.** Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2019).

De base, existe una **paradoja de género** en la salud, y es que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, aunque su estado de salud en general es peor como efecto de los “roles sociales más desfavorables y la falta de poder en los diferentes ámbitos de la sociedad” (Artazcoz *et al.*, 2009, p. 28). Estos roles tienen que ver en gran parte con la repartición del trabajo: tradicionalmente las mujeres han quedado relegadas a la vida doméstica y al trabajo reproductivo, mientras que los hombres tienen trabajos productivos o remunerados. Si bien es cierto que en este siglo la incorporación de las mujeres al mundo laboral es muy alta, también lo es que siguen siendo las encargadas de realizar todos los trabajos (no remunerados) relacionados con los cuidados. Así lo explicita la Agencia de Salud Pública de Barcelona en la encuesta anual sobre salud (Bartoll *et al.*, 2016), al confirmar que las mujeres:

- En el caso de los cuidados de los menores de 15 años: se ocupan ellas solas en el 21,4% de los casos, “principalmente ellas” en el 21,5%, haciéndolo los hombres entre el 2,6% y el 5,5% respectivamente.
- Sobre las personas de más de 65 años, mayoritariamente se cuidan ellos y ellas solas, estando las mujeres cuidadoras en segundo lugar con un 24,7%.
- También se ocupan de las personas con diversidad funcional, ellas solas en un 35,1%.

Pasa lo mismo con el trabajo doméstico, del que se ocupan las mujeres solas en un 29,8% según ellas, dedicándole el 52,5% entre 2 y 4 horas en los días laborables, mientras que ellos tienen una dedicación más frecuente de una hora (38,4%) o una hora o menos el 34,9%.

Frente a estos roles impuestos a la feminidad, se encuentra una masculinidad que mayoritariamente asume **conductas de riesgo** bien sea en el consumo de sustancias, en las prácticas sexuales, o en el desempeño de trabajos con mayor peligrosidad.

No obstante, según indica la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en su informe de 2004, se ha demostrado que existe un **sesgo de género** en los ensayos clínicos y en la hospitalización (Ruiz-Cantero, Verdú-Delgado, 2004). Respecto a la primera práctica “se han utilizado a los hombres como prototipos poblacionales e inferido los resultados en las mujeres” (*Ibid.*, p. 118), por

lo que hay muchos tratamientos de los que se desconoce el efecto en las mujeres. En el caso de las hospitalizaciones, el informe citado indica que estas “son más frecuentes en hombres en todos los grupos de edad y para la mayoría de los grupos diagnósticos” (*Ibid.*, p. 121). Por otra parte, las mujeres son “ectomizadas” (es decir, se les extirpan los órganos reproductivos), de forma sistemática e innecesaria (*Ibid.*, p. 123).

Son muchas, por tanto, las consideraciones a tener en cuenta en el análisis de la información relativa a la salud pública. Como indican Borrell y Artazcoz (2007, p. 27) citando a Bartley (1999), es indispensable tener en cuenta las actitudes relativas al poder y la subordinación en el análisis de los determinantes sociales de la salud, cuestión que se puede extrapolar de forma absoluta del ámbito de la salud en general al de las adicciones.

Por otra parte, es indispensable remarcar que cuando se habla de las mujeres, no se está haciendo referencia a un grupo homogéneo, de hecho, es erróneo considerar a las mujeres un único colectivo. Atendiendo a la ya mencionada interseccionalidad, es preciso puntualizar que el género es solo uno de los factores de opresión, ya que, por ejemplo, “la posición socioeconómica es uno de los predictores principales del estado de salud” (Krieger, Williams y Moos, 1997, citados por Artazcoz *et al.*, 2009, p. 31). Es decir, hay que contemplar las diferentes circunstancias políticas y sociales que atraviesan las realidades de las mujeres drogodependientes: racialización, apoyos familiares, situación laboral y económica, edad, etc.

### **2.3. Drogas y género: consumos diferenciados y dificultad de acceso a recursos**

La percepción de que “ser mujer” es un factor de protección frente al consumo de drogas ha llegado hasta nuestros días, aunque muy debilitada desde los años noventa (Romo, 2005), y es una muestra inequívoca de la invisibilización de las mujeres consumidoras, basada en la premisa del cumplimiento de los mandatos de género femeninos.

En consecuencia, cabe señalar que no se trata de que las mujeres no consuman, sino que consumen diferente, no tanto por el tipo de sustancia como por las conductas asociadas al género, con las diferencias sociales que eso supone. De algún modo, la mujer sigue perteneciendo al ámbito privado, como herencia del rol de “esposa dependiente y cuidadora” (Romo, 2005, p.80). Por el contrario, el ámbito público es



el espacio que dota a las personas de su cualidad de ciudadanas, ya que es donde se puede ejercer la participación política (Sáinz Martín, 2013, p.12).

Además, usar drogas está considerado una desviación del comportamiento femenino, que es el que se espera de una mujer, con los conflictos sociales y familiares que eso puede acarrear. Por eso las mujeres se ocultan, no se hacen visibles, y por eso también consumen más drogas legales que ilegales, al contrario que los hombres. Como indica Romo (2005, p.74), en los últimos años las mujeres han aumentado progresivamente el consumo de tabaco, alcohol y psicofármacos. Consumir drogas ilegales supone exponerse a lo público en el momento de obtenerlas, además de asumir un riesgo que está más concebido dentro de las conductas estereotípicas de la masculinidad. Según indica la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (2019) sobre el uso de hipnosedantes, las mujeres casi duplican el consumo respecto a los hombres (*figura 4*). Como ocurre con otras drogas legales, su uso pasa desapercibido, con la particularidad de que los psicofármacos no reciben tratamiento por ser drogas normalmente prescritas.

	15 - 64 años		15 - 34 años		35 - 64 años	
	H	M	H	M	H	M
Alguna vez	15,9	25,6	10,3	14,5	18,8	31,1
Último año	8,1	14,1	5,3	7,7	9,6	17,2
Último mes	5,4	9,7	2,8	4,0	6,7	12,4
A diario	4,0	7,9	2,0	2,9	5,1	10,4

**Figura 4.** Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta. Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2019).

Acerca del consumo de alcohol, ellas lo consumen “como forma de escape ante situaciones problemáticas” así como a causa de tensiones provocadas por la inadaptación a los roles de madres, esposas, amantes, amas de casa (Sáinz Martín, 2013, p. 10).

Desde la primera Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), que tuvo lugar en 1994, se registra un mayor consumo de drogas legales por parte de las chicas. El dossier *Distintas miradas y actitudes, distintos riesgos*.

*Ellas y ellos frente a los consumos de drogas* (2019), analiza la relación con las drogas de jóvenes españoles y españolas, de entre 16 y 24 años, del que se destaca la concepción que tienen del consumo en relación con el género:

“El discurso mayoritario de los y las jóvenes españolas de 15 a 24 años dice que consideran el consumo de drogas como un ámbito que no corresponde a las mujeres porque es ‘típicamente masculino’. [...] Sin embargo, ellos y ellas, cuando se refieren a los consumos femeninos, añaden justificaciones o cuestionamientos relacionadas con las expectativas de rol de género: ‘las chicas consumen para imitar a los chicos’, ‘por postureo’, ‘porque las engañan’, ‘por complacer a un posible novio’ etc.” (p. 20)

En este documento (VVAA, 2019, p. 21) también se señala que lo que se espera de ellas es responsabilidad y madurez, y por tanto “que no consuman o lo hagan comedidamente”. El mayor riesgo percibido por ellas es el de agresión o abuso sexual, miedo con fundamento, ya que según Sáinz Martín (2013, p. 14), las mujeres consumidoras son vistas “como personas promiscuas, por lo que son más vulnerables a sufrir abusos sexuales o situaciones de malos tratos”. Queda patente pues, que el consumo de sustancias puede suponer un agravio para el disfrute de los DSyR, sin que estos tengan una relación directa con las drogas.

La valoración que la sociedad hace de las mujeres consumidoras es más negativa que la que hace de los hombres, por lo que el estigma se hace más grande, y ellas “sienten más vergüenza, culpa y baja autoestima” (Castaños *et al.*, 2007, p. 19)

Además, el consumo en mujeres genera menos alarma social que en varones, ya que no está asociada a conductas violentas ni delictivas. Otra cuestión que ralentiza la detección del consumo problemático en mujeres es que es enmascarado por los problemas de salud mental y la prescripción de psicofármacos. Esto, sumado a que las condiciones de partida de ellas suelen ser más precarias, provoca serias dificultades en el acceso a los servicios de tratamiento, y cuando finalmente acceden, el deterioro es mayor que de los usuarios de género masculino.

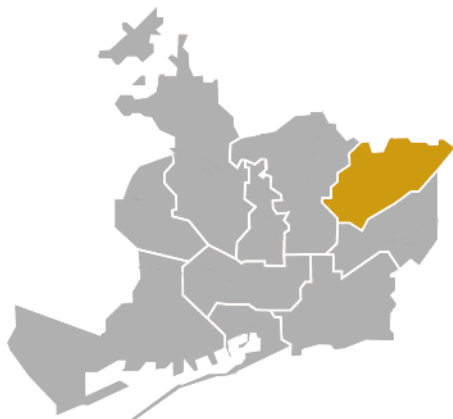
Respecto a las problemáticas que impiden la continuidad de los tratamientos, en general se deben a la ausencia de perspectiva de género, es decir, no se contemplan las necesidades específicas de las mujeres ni en el diseño ni en la implementación. Por ejemplo, los vínculos y las relaciones son esenciales en la recuperación de las

mujeres y normalmente no están presentes en los procesos terapéuticos, por lo que acaban interrumpiéndose. También es destacable la ausencia de intervenciones de abordaje de las situaciones de abuso infantiles o de las agresiones sexuales durante la historia de consumo, así como el acoso que sufren por parte de los usuarios hombres en el propio contexto de tratamiento. La antropóloga Patricia Martínez, en su obra *Extrañándonos de lo normal* (2009, p. 54), insiste en que buscar causalidades entre las violencias sufridas y la drogodependencia no es de gran utilidad, ya que “se establece un marco en el que se ‘naturalizan’ (invisibilizando el sistema de género) las agresiones sobre las mujeres”.

### 3. MARCO CONTEXTUAL

#### 3.1. Territorio: distrito de Nou Barris

La investigación se centra en el ámbito territorial de Nou Barris, en Barcelona. Desde 1984 es uno de los diez distritos de Barcelona (*figura 5*), que cuenta a su vez con 13 barrios, siendo el distrito más subdividido del municipio.



**Figura 5.** Plano de distritos de Barcelona.  
Fuente<sup>5</sup>: Ayuntamiento de Barcelona (2020).

A grandes rasgos, se trata de un distrito de carácter obrero, que se ha ido poblando históricamente con personas procedentes de otras regiones de Cataluña, de Aragón y de Valencia a principios del siglo XX; de Andalucía, Murcia y Extremadura a partir de los años sesenta; y latinoamérica en la actualidad.

En líneas generales, y más allá de las diferencias idiosincráticas de cada barrio, la configuración sociocultural del territorio completo ha estado condicionada por la ordenación urbanística. De ser una zona rural, de masías, pasó a desarrollar una tímida proliferación de fábricas durante la revolución industrial, época en la que se implantaron los dos grandes equipamientos que, según las ideas higienistas del momento, habían de estar en la periferia: el cementerio de Sant Andreu, que se trasladó desde el barrio del mismo nombre; y el Hospital Mental de la Santa Cruz, hoy sede del distrito (Pujol, 2002, p. 302). En 1917 comienza el proceso de urbanización, que se extendería durante más de medio siglo, con promociones de tres tipos (*Ibíd.* p. 304-306):

- Públicas, que sirvieron sobre todo para realojar barraquistas de otras zonas de la ciudad con motivo de eventos de gran repercusión como la Exposición

---

<sup>5</sup> Alteración o modificación intencional de los colores originales de la imagen con el objetivo de señalar aquello que interesa en esta investigación.

Universal de 1929. Así fueron construidas la Trinitat Nova, Guineueta, Canyelles, Verdum y parte de las Roquetas.

- Privadas, a través de constructoras especuladoras en momentos de crecimiento urbano y de grandes flujos migratorios. Así sucedió en la Prosperidad y Ciudad Meridiana.
- Autoconstruidas por los vecinos, como en parte de Roquetas, Torre Baró y Vallbona.

La precariedad de servicios y suministros promovió la unión vecinal en los barrios, y por tanto el asociacionismo y la lucha por unas condiciones de urbanización y de infraestructuras mínimas, con logros que forman parte de la historia épica de Nou Barris, y que configuraron los primeros rasgos identitarios del territorio. Esta identidad se ha mantenido en el tiempo, aunque en la nueva España democrática de la década de los ochenta, se comenzaron a institucionalizar los movimientos vecinales, regulando su actuación y por tanto la participación ciudadana (Letelier y Valdosky, 2019, p. 7).

Como explican González y Marín (2002, p. 316), “el territorio del actual distrito ha constituido tradicionalmente un sector marginal y periférico tanto desde el punto de vista de San Andreu como de la propia ciudad de Barcelona”. Esto ha sido así por las casi inexistentes comunicaciones, que alejaron al distrito del núcleo social, económico y cultural. Además, estas autoras señalan que la marginalidad del lugar se ha visto reforzada por la estructura social y económica de la población, con la renta por habitante más baja de la ciudad, y que mayoritariamente procedía de la inmigración. Esta lejanía con la ciudad estaba acentuada con el hecho de que, hasta 1984, no hubiese una entidad administrativa propia, y por tanto tampoco un órgano de decisión y participación.

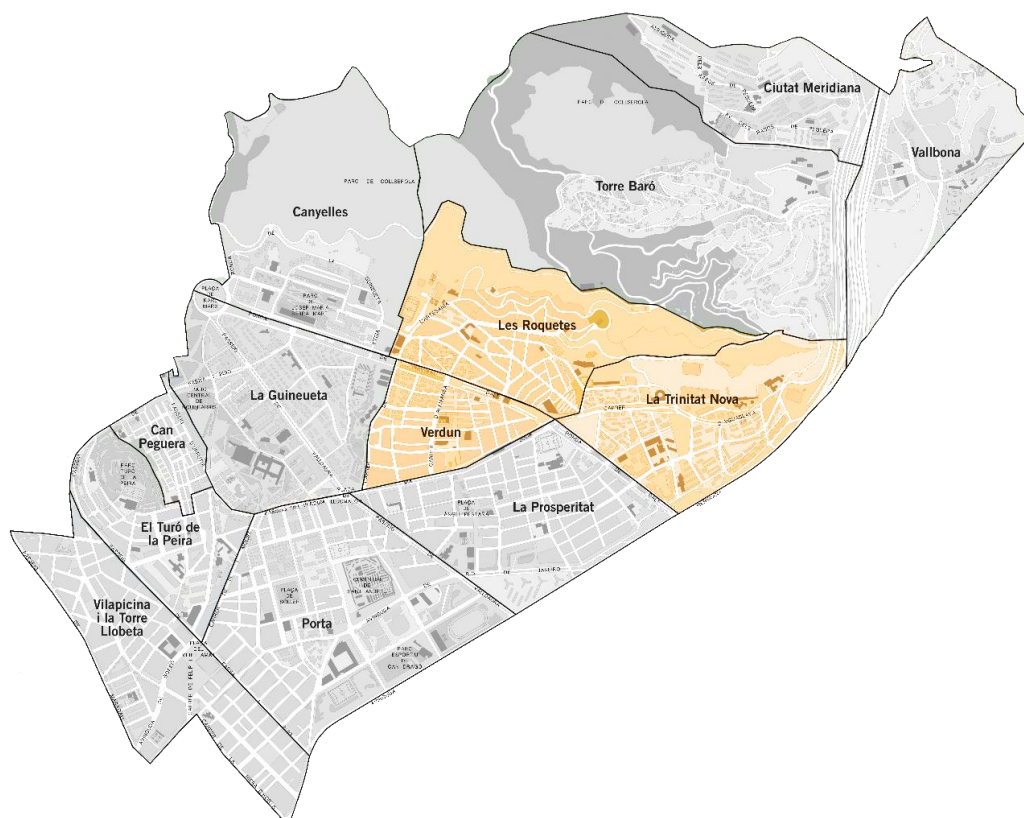
	Total	Mujeres	Hombres	Nac. española	%	Nac. extranjera	%
<b>Barcelona</b>	1.620.343	854.381	765.962	1.326.556	81,87	293.787	18,13
<b>Nou Barris</b>	167.868	89.231	78.637	139.717	83,23	28.151	16,77
<b>Trinitat Nova</b>	7.365	3.864	3.501	5.821	79	1.544	21
<b>Verdum</b>	12.445	6.669	5.776	9.991	80,28	2.454	19,72
<b>Roquetes</b>	15.784	8.195	7.589	12.360	78,3	3.424	21,7

**Figura 6.** Datos demográficos de ciudad, distrito y barrios. Fuente: Elaboración propia a partir de información del Ayuntamiento de Barcelona (2018).

### 3.2. Territorio: Trinitat Nova, Verdum y Roquetas

La gran magnitud de Nou Barris (800 ha) dificulta la prospección en profundidad de todo el territorio dentro de los tiempos marcados. Por este motivo, para esta investigación se han seleccionado tres de los 13 barrios del distrito: Trinitat Nova, Roquetas y Verdum (*figura 7*). Los criterios utilizados para realizar esta selección han sido:

- La ubicación del Centro de Atención y Seguimiento a la Drogodependencia (CAS) del Ayuntamiento en la Trinitat Nova.
- La información expuesta en el Plan de Acción sobre las Drogas 2017-2020 (Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2017, p.97), que revela a la Trinitat Nova y Verdum en la lista de los barrios de Barcelona con un índice de consumo problemático (ICPD) más alto.
- La proximidad de Roquetas con los dos barrios anteriores, además de un ICPD alto, y una larga trayectoria de intervención comunitaria en la prevención de las drogodependencias.



**Figura 7.** Ordenación urbana de Nou Barris. Fuente: Ayuntamiento de Barcelona (2020).

#### 4. METODOLOGÍA

La investigación se enmarca en el proyecto de Innovación Docente “Investigaciones en el territorio, TFG y TFM con proyección en el entorno social”, dentro de la línea Historia y política en el ámbito de la Educación Social. Se trata de un proyecto de campo, sobre el distrito de Nou Barris, en Barcelona.

El proceso de análisis ha comportado un seguimiento continuo por parte de la tutora, Kira Mahamud, con la colaboración del profesor Francisco José Montañez sobre las cuestiones de investigación etnográfica y la búsqueda de contactos. Este acompañamiento, tomó forma de encuentros grupales semanales durante los meses de marzo, abril y mayo, en formato virtual, en los que participaban ambos profesores y todas las alumnas adscritas a este proyecto territorial.

El trabajo de campo se ha llevado a cabo fundamentalmente de forma telemática<sup>6</sup>, contactando con los/as informantes a través de teléfono o correo electrónico. Igualmente, la selección de fuentes documentales ha tenido lugar virtualmente, con oportunidades limitadas de consultar bibliografía en papel.

Después de una primera exploración del conjunto del distrito, se seleccionaron los barrios de Verdum, Trinitat Nova y Roquetes<sup>7</sup>. La prospección de estos barrios se ha realizado en función de tres categorías: la iniciativa comunitaria, la social, y la pública (*figura 8*). Esta triangulación responde al interés por comprobar el nivel de articulación entre servicios para la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos y, en consecuencia, cuánto de integral e integrada tiene la atención que reciben las mujeres drogodependientes a este respecto.



**Figura 8.** Agentes entrevistados/as en Nou Barris. Fuente: Elaboración propia.

<sup>6</sup> Debido al estado de alarma y confinamiento provocados por la Covid19.

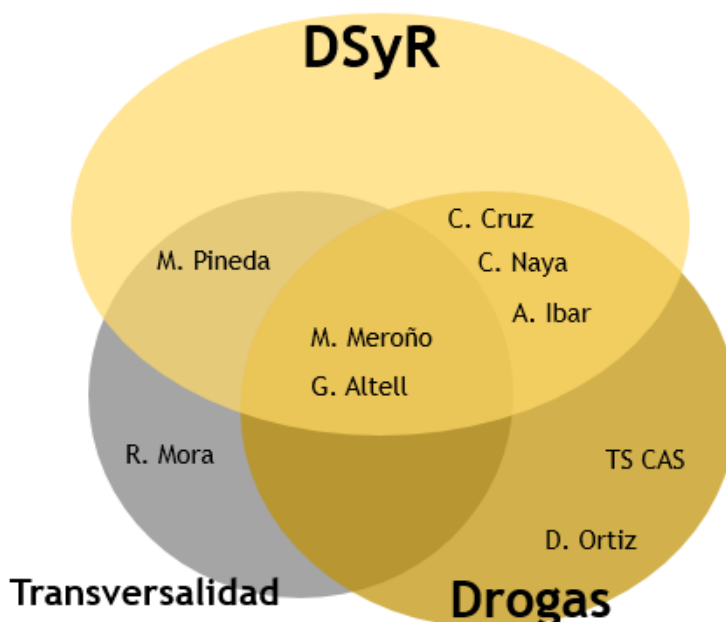
<sup>7</sup> Criterios de selección desarrollados en el marco contextual (p. 30).

El proceso de estudio de las políticas públicas referentes a DSyR en mujeres consumidoras de drogas ha motivado el análisis a través de diferentes ámbitos territoriales y administrativos (*figura 9*). El objetivo es conocer las políticas municipales y autonómicas y cómo repercuten, en definitiva, en la respuesta a las necesidades del colectivo en el distrito.



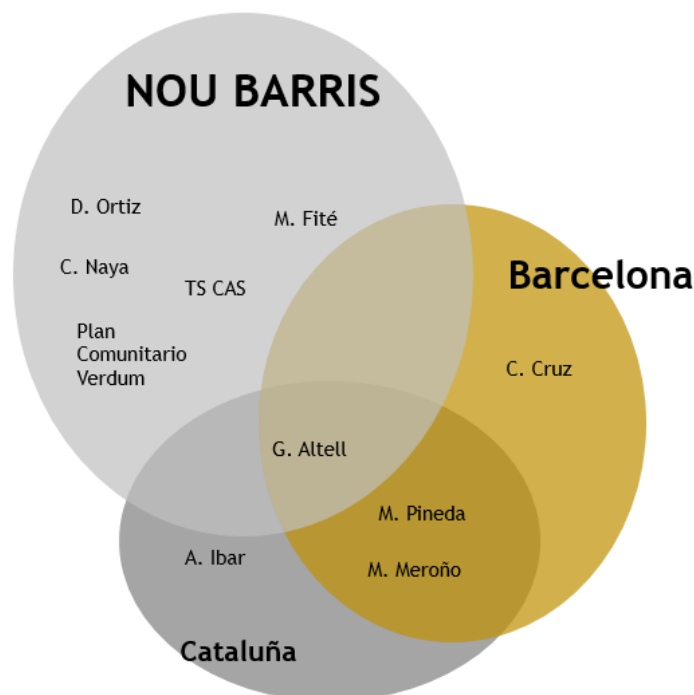
**Figura 9.** Proceso de investigación en función del ámbito territorial. Fuente: Elaboración propia.

Por tanto, se ha entrevistado a profesionales de diversas entidades y administraciones, con especialidades distintas (*figura 10*), y áreas de influencia variadas (*figura 11*).



**Figura 10.** Agentes entrevistados/as según ámbito de experiencia. Fuente: Elaboración propia.





**Figura 11.** Agentes entrevistados/as según ámbito territorial. Fuente: Elaboración propia.

Se diseñaron entrevistas de tipo semiestructurado, en torno a un guion flexible en función de la evolución de la conversación y la información aportada por las fuentes. Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas y posteriormente diseccionadas mediante una ficha de análisis, en la que se volcaron las primeras conclusiones y nuevas preguntas surgidas. Todas las fuentes autorizaron la grabación, así como ser citadas en este trabajo, hecho certificado mediante un formulario de consentimiento firmado por cada una de las personas entrevistadas.

A continuación (*figura 12*), se presenta la ficha con la información básica sobre las/os profesionales informantes<sup>8</sup>.

Núm.	Persona entrevistada	Fecha	Perfil	Canal
1	Entrevistado 1 TS	19 de marzo 2020	Trabajador Social del CAS Nou Barris.	Teléfono
2	Dora Ortiz DO	10 abril 2020	Psicóloga, antigua trabajadora del CAID Garbivent y coautora del documento Propuesta de Plan de Prevención de drogodependencia para el barrio de Roquetes (1988).	Videollamada
3	Clara Naya CN	15 mayo 2020	Coordinadora de la asociación Lola, no estás sola, en Nou Barris.	Videollamada

<sup>8</sup> Las entrevistas completas están disponibles en el Anexo 2.

4	Mercè Meroño	MM	28 mayo 2020	Presidenta del Comité 1 Diciembre, plataforma unitaria de ONG-VIH de Cataluña, y directora de FundacióÀmbit.	Videollamada
5	Gemma Altell	GA	16 junio 2020	Consultora social especializada en drogodependencias y género, y colaboradora de la Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.	Videollamada
6	Marta Fité	MF	16 junio 2020	Directora territorial de Servicios Sociales en el distrito de Nou Barris.	Videollamada
7	Judith Arévalo Arнау Padrós	JA AP	18 junio 2020	Equipo técnico del Plan Comunitario de Verdum.	Presencial
8	Ana Ibar	AI	19 junio 2020	Técnica responsable de género en la Subdirección General de Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Cataluña.	Videollamada
9	Ramon Mora	RM	22 junio 2020	Ex-responsable del Área de Acción Ciudadana del Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat, y ex-gerente del Instituto Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona. Co- autor, entre otras publicaciones, de La transversalidad como impulsora de mejoras en la Administración Pública (2006).	Videollamada
10	Montse Pineda	MP	26 junio 2020	Coordinadora del área de incidencia política de la asociación Creación Positiva. Vicepresidenta segunda del Consejo Nacional de Mujeres de Cataluña.	Videollamada
11	Cristina Cruz	CC	6 julio 2020	Trabajadora Social de Espai Ariadna.	Escrita

**Figura 12.** Entrevistas realizadas en el marco de la investigación. Fuente: Elaboración propia.

Como recogen las *figuras 13, 14 y 15*, además de las fuentes principales, se han realizado múltiples contactos con otros/as profesionales, de tipo exploratorio. Estos/as informantes han proporcionado información específica, enlace a documentación, o bien nuevos contactos de interés.

INFORMANTES - ÁMBITO TERRITORIAL NOU BARRIS			
Organización	Persona / Contacto	Información solicitada / potencial	Información obtenida
CAS	Trabajador Social	Entrevista.	Entrevista telefónica lunes 23 de marzo 2020.
Archivo Municipal Nou Barris	-----	Información sobre atención a la drogodependencia en Nou Barris.	Documentos referentes a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociación Reto a la Esperanza.</li> <li>• Centro de día Asociación Ayuda al Toxicómano.</li> <li>• Propuesta plan de prevención en el barrio de Roquetes. (Dora Ortiz)</li> <li>• Fotografía fachada CAS.</li> </ul>
AAVV Porta	Correo electrónico.	Información sobre la atención a las drogodependencias en los últimos años (asociaciones, documentos, fotografías...) Mujeres que puedan compartir alguna experiencia al respecto.	Sin respuesta.
Invisibles (proyecto de mujeres en Roquetes)	Correo electrónico.		Sin respuesta.
Grup dones portenyès	Correo electrónico.		Sin respuesta.
Escuela Adultos Freire	Correo electrónico.		Sin respuesta.
ArxiuHistòric Roquetes	Correo electrónico.		Ante el cierre del archivo, recomiendan visionado de documental <sup>9</sup> .
Plan Comunitario Trinitat Nova	Correo electrónico.		Sin respuesta.
Plan Comunitario Roquetes	Correo electrónico.		Sin respuesta.
Plan Comunitari o Verdum	Correo electrónico.		Solicitud de entrevista, para conocer la implicación del plan comunitario y de las asociaciones de vecinos en los cuidados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres en general, y de las mujeres consumidoras en concreto.

<sup>9</sup> Los jóvenes del barrio (1982) <https://www.youtube.com/watch?v=IEGT6ubwWOk>  
 “Aquells joves” o “Los jóvenes del barrio” 30 anys després (2012) <https://www.youtube.com/watch?v=aBWZ4h39UKM>

<b>Asociación Lola no estás sola</b>	Clara Naya / Coordinadora	Solicitud de entrevista para conocer el trabajo de la entidad, y cuestiones vinculadas con la garantía de DSyR en el caso concreto de mujeres que usan drogas.	Entrevistada el 15 de mayo 2020. Aporta contacto de Judith Arévalo (Plan Comunitario Verdum).
<b>Asociación Ayuda al Toxicómano</b>	Correo electrónico.	Sobre la solicitud fallida de Centro de Día en Verdum (2000): ¿Se trabajó sobre el terreno antes de proponer el proyecto? ¿La elección del emplazamiento tenía relación con datos sociodemográficos? ¿Existe algún informe al respecto que se pueda consultar?	Ante la mudanza del centro de día al barrio de Verdum, recibieron amenazas de los vecinos y finalmente optaron por irse del local, por miedo. Antes de irse participaron en una reunión de la AAVV, hablaron con el distrito y con el departamento de la Generalitat, pero nadie va a responder por ellos.
<b>Dora Ortiz</b>	Linkedin	Elaboró la propuesta de plan de prevención de Roquetes (1988) con un modelo basado en participación comunitaria. ¿Organizaciones que trabajasen las drogodependencias en aquella época?	Entrevistada el día 10 de abril 2020.
		Nuevo contacto para consulta sobre la entidad en la que trabajaba.	Explica la genealogía de algunas entidades dedicadas a la drogodependencia en Barcelona.
<b>Dirección territorial Servicios Sociales</b>	Marta Fité	Saber de qué manera se incluyen los cuidados sobre la salud sexual y reproductiva en el trabajo de Servicios Sociales, aunque no sean funciones específicas de este organismo.	Entrevistada el día 16 de junio de 2020.
<b>ASSIR Río de Janeiro</b>	--	Contacto telefónico. Consulta sobre programas o proyectos específicos para mujeres drogodependientes.	Confirmación de que actualmente no hay ningún programa específico para dicho colectivo.

**Figura 13.** Fuentes e informantes del área de influencia de distrito. Fuente: Elaboración propia.

INFORMANTES - ÁMBITO TERRITORIAL BARCELONA			
Organización	Persona / Contacto	Información solicitada / potencial	Información obtenida
ASPB - Servicio de Prevención y Atención Drogodependencias	Oleguer Parès	Recursos o programas en el territorio, además del CAS. Personas profesionales que entrevistar.	Contacto Gabriela Barbaglia.
	Gabriela Barbaglia	Recursos o programas en el territorio, además del CAS. Personas profesionales que entrevistar.	Breve información sobre el CAS. Contacto Trabajador Social CAS.
		Profesionales del área de tratamiento susceptibles de ser entrevistados/as.	Sin respuesta.
Metzineres	Aura Roig	Solicitada entrevista.	Imposibilidad por cuestiones de agenda.
Espai Ariadna	Cristina Cruz / TS	Solicitada entrevista con una profesional del centro.	Rechazada la solicitud.
		Propuesta de entrevista exploratoria cerrada con 3-4 preguntas sobre un tema concreto.	Acepta y pide envío de las preguntas.
		Guión cerrado enviado.	Entrevista enviada 6 de julio 2020.
Estrategia sobre Salud Sexual y Reproductiva	Mercè Meroño / Presidenta C1D y directora de FundacióÀmbit .	Contacto de solicitud de entrevista e información sobre el territorio de Nou Barris.	Entrevistada el día 20 de mayo 2020. Aporta contacto de Aura Roig, de la entidad Metzineres.
		Segundo contacto: consulta acerca de propuesta de proyecto por territorios sobre DSyR.	Aclara que se trataba de formaciones destinadas a dispositivos de atención a mujeres drogodependientes, que se absorbió por la Estrategia.
	Núria Espriu / Secretaria técnica Estrategia	Solicitud de entrevista.  Consulta sobre dedicación específica de la Estrategia a mujeres consumidoras.	Envía documentación de la ASPB y sobre la Medida de Gobierno.  Explica que no hay ninguna iniciativa así, ya que los esfuerzos de la Estrategia se centran en ITS, embarazos no deseados (especialmente en adolescentes), y violencias.
Ramón Mora	Ex-gerente Instituto Municipal Servicios	Información, bibliografía sobre transversalidad en la administración pública.	Facilita dos documentos de los que es coautor sobre el tema consultado.

		Sociales Barcelona.		Aporta contacto de Marta Fité, responsable de Servicios Sociales en Nou Barris.
			Propuesta de entrevista sobre documentos enviados y otras cuestiones vinculadas al concepto y aplicación de la transversalidad.	Entrevista el día 22 de junio de 2020.
Agenda 2030 Feminista	Observatorio DSyR	Silvia Aldavert / Coordinadora	Propuesta de entrevista.	Sin respuesta.
	Creación Positiva	Montse Pineda / Coordinadora técnica de incidencia política.	Propuesta entrevista sobre DSyR. Segundo contacto para consulta sobre organigrama ASPCAT.	Entrevistada el 26 de junio 2020. Duda resuelta.

Figura 14. Fuentes e informantes del área de influencia municipal. Fuente: Elaboración propia.

INFORMANTES - ÁMBITO TERRITORIAL CATALUÑA			
Organización	Persona / Contacto	Información solicitada / potencial	Información obtenida
ASPCAT - Subdirección General de Drogodependencias	Eulàlia Sot / Prevención	Referentes del área de reducción de daños.	Contactos Laia Gasulla y Ana Ibar.
	Laia Gasulla / Reducción de Daños	Recursos o programas en el territorio, además del CAS. Personas profesionales que entrevistar.	Contactos de Oleguer Parès y Ana Ibar.
	Ana Ibar / Género	Iniciativas o estrategias sobre salud sexual y drogodependencia en el territorio. Personas profesionales que entrevistar.	Enlace a web del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, con informe sobre vulneraciones de DSyR en mujeres consumidoras en Cataluña.
		Tras recibir información sobre ASSIR - La Mina, segundo contacto para solicitar entrevista.	Entrevista día 19 de junio de 2020.
		Nueva consulta sobre informe del que se habló en la entrevista, y sobre motivación del proyecto piloto.	Envío del informe completo y aclaración sobre las causas de selección del centro de La Mina.
	Xavier Majó / Programa Substance Abuse	Entidades dedicadas a las drogodependencias durante los últimos 20 años en el territorio. Personas profesionales	Remisión al CAS y ASPB. Unidad móvil en el barrio de Porta, hace años, a cargo de la

		que entrevistar.	ASPB (aclarado por TS CAS: se trataba de un programa de recogida de jeringuillas, no de una unidad móvil)
		Iniciativas de ciudad o en otros distritos	--
	Gemma Altell /Consultora - colaboradora Subdirección	Recursos o programas en el territorio. DSyR y tejido comunitario. (idea por desarrollar)	Entrevista día 16 de junio de 2020.
	Ariadna Sánchez / Alcohol y Violencia de género	Información sobre DSyR.	Informa sobre un proyecto piloto de ASSIR en La Mina. Recomienda volver a hablar con Ana Ibar, que gestiona dicho proyecto. Recomienda contacto con Gemma Altell, y se compromete a primer contacto de introducción del trabajo.
<b>Federación Catalana de Drogodependencias</b>	Correo electrónico.	Iniciativas o estrategias sobre salud sexual y drogodependencia en el territorio. Personas profesionales que entrevistar. Informe Jornadas Drogas y Género (2018).	Derivan contacto con TS del CAS Nou Barris (ya entrevistado).

**Figura 15.** Fuentes e informantes del área de influencia autonómica. Fuente: Elaboración propia.

La evolución del estudio y tratamiento de la información recogida ha provocado dos modificaciones reseñables respecto a lo planteado en inicio:

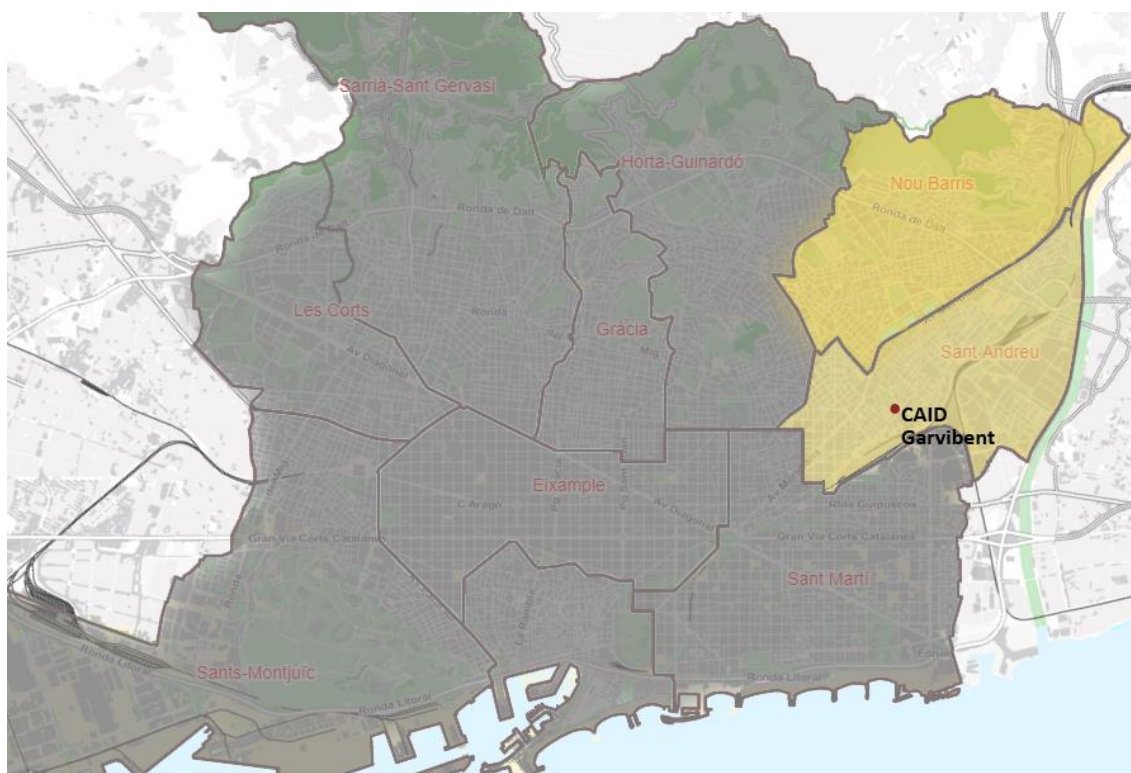
- **Modificación del título del trabajo.** Cambio de la denominación “mujeres drogodependientes” a “mujeres que usan drogas”, por considerarlo un acercamiento a la cuestión menos estigmatizador, aunque lo largo del trabajo se utilicen ambas expresiones indistintamente. Conviene matizar que las mujeres que usan drogas son también todas aquellas que hacen usos recreativos, terapéuticos, etc., aunque el análisis que se presenta no se refiere a ellas concretamente. Este enfoque general que implica “usar drogas” confronta la diferenciación entre el consumo lúdico, no tan estigmatizado, de lo que se consideran consumos problemáticos, lo cual resulta más inclusivo en términos del lenguaje.

- Modificación del objetivo principal de la investigación. En un principio estaba planteado hacia el conocimiento sobre la relevancia de los DSyR en los programas de tratamiento y/o reducción de daños del Centro de Atención y Seguimiento de Nou Barris. Esta vía de investigación se extinguió en el primer acercamiento, abriendo otras nuevas hacia las que se recondujeron los objetivos del estudio.



## 5. LAS DROGAS EN NOU BARRIS

A finales de la década de los setenta, en muchos barrios de las periferias urbanas se dio cabida al fenómeno de la heroína<sup>10</sup>. Entre ellos, se puede citar el territorio de Nou Barris, que, por aquel entonces acababa de comenzar a tener una autonomía administrativa respecto de Sant Andreu<sup>11</sup>. Por tanto, comenzaba también a generar una nueva identidad, en la cual la representatividad de la comunidad podría ser, además de mediante la lucha vecinal, en una dimensión de participación política. La coincidencia de ambos sucesos implicó ciertas dificultades en la respuesta institucional y ciudadana a la epidemia de consumos y delincuencia.



**Figura 16.** Territorio asignado al CAID Garbivent, hasta el año 1992. Fuente: Elaboración propia a partir del plano municipal del Ayuntamiento de Barcelona.

La histórica lejanía con el núcleo urbano cultural y administrativo ya había sometido al territorio a una cierta precariedad. Como sucedió en otros barrios invadidos por las drogas, se puede decir que las condiciones socioeconómicas estructurales del lugar favorecieron los contextos de consumo abusivo: falta de empleo, absentismo escolar,

<sup>10</sup> La idea de que, durante esos años, el Estado ayudó a introducir la heroína para desmovilizar la juventud de los barrios marginales (y con mayor potencial reivindicativo) tiene tanto defensores/as como detractores/as. No contar con evidencias hacia ninguno de los dos supuestos provoca la ausencia de un posicionamiento claro al respecto en la exposición de este estudio.

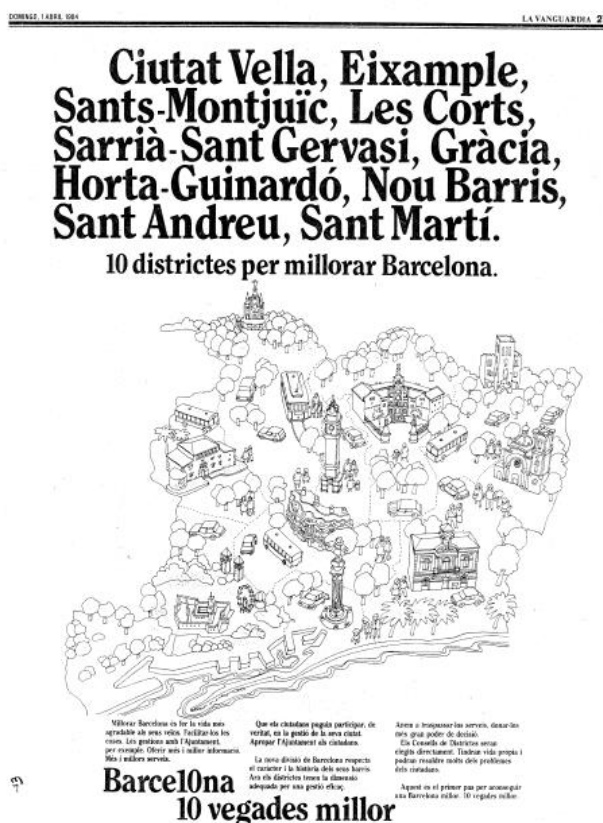
<sup>11</sup>Ver Marco Contextual (p. 29).

urbanismo deficiente y en general, una ausencia de oportunidades para prosperar. Estas cuestiones, intersectadas con el consumo, potenciaron la delincuencia y el tráfico de drogas.

	Barrio Les Roquetes		Distrito Nou Barris	
	Alcohólicos	Toxicómanos	Alcohólicos	Toxicómanos
1985	2	5	-	-
1986	3	5	-	-
1987	12	11	-	-
1988 (hasta julio)	13	7	175	204

**Figura 17.** Personas que iniciaron tratamiento en CAID Garbivent entre 1985-1988. Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores del documento Propuesta de Plan de prevención de drogodependencia en el barrio de Roquetes (Ortiz et al., 1988).

De hecho, pese a la nueva división municipal del año 1984, no fue hasta 1992, en que se inauguró el CAS Nou Barris. Hasta entonces, el centro de atención a las drogodependencias que correspondía a este territorio era el CAID Garbivent. Los CAID, Centros de Atención Integral al Drogodependiente, son los predecesores de los Centros de Atención y Seguimiento actuales, y surgieron en torno al año 1982. El de Garbivent en concreto, se ubica en Sant Andreu, y durante los años ochenta atendía los casos de toda el área administrativa de este distrito, que incluía al actual de Nou Barris, en total 1.402,7 hectáreas, y 364.309 habitantes (La Vanguardia, 1984) (*figura 16*). En este período en el que se hablaba de “crisis de las drogas” a nivel estatal, los indicadores que se presentan en la Propuesta para un Plan de prevención de drogodependencia en el barrio de Roquetes (Ortiz et al., 1988) (*figura 17*), indican que, en aquel momento, con una población similar en número de habitantes a la actualidad, el número de personas atendidas era cuantitativamente menor que en la actualidad. En 1988 el total de personas en tratamiento era de 379, mientras que según indica el informe anual del Sistema de Información sobre Drogodependencias de Cataluña solo en 2018 el CAS Nou Barris inició 357 tratamientos, y atendió a 271 personas con tratamientos de mantenimiento de agonistas opiáceos (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2019, pp. 7-60).



**Figura 18.** Promoción en prensa de la nueva división administrativa municipal.  
Fuente: La Vanguardia (1984).

Esto se debe a que la red de servicios sociales en general, así como la de atención a personas drogodependientes, se ha ido generando y consolidando con el paso de los años, y esto ha sucedido en la transición entre un enfoque moralista del consumo y el enfoque de derechos. En lo que se refiere a las políticas de drogas estatales de este periodo de “crisis de la heroína”, se centraron en un inicio en programas libres de drogas, es decir, metodologías terapéuticas fundamentadas en el abandono total del consumo (RIOD, 2018, p.16) (Dora Ortiz, entrevista, 10 abril 2020<sup>12</sup>). Aunque en 1974 la OMS ya había recomendado políticas de reducción de daños, en España no comenzaron a implementarse hasta diez años después, y no fue hasta principios de la década de los noventa que se iniciaron los primeros programas de metadona (Ibíd., pp. 16-18) (La Vanguardia, 1989). Uno de los motivos de la introducción de la reducción de daños en el estado español, fue la aparición del VIH, y más concretamente su enorme expansión, que convirtió a España en “el país con los mayores índices de seroprevalencia al VIH de Europa en población que realiza consumo de drogas por vía parenteral” (RIOD,2018, p. 17). Además de por esta vía, el VIH también se transmite por vía sexual, por lo que en esta epidemia se encuentra el

<sup>12</sup> Entrevista completa a Dora Ortiz en Anexo 2.2. (p.105).

---

germen del punto de intersección entre la salud sexual y las drogodependencias, aún sin una mirada de género.

La crisis de la heroína dejó algunos barrios, como Trinitat Nova, despoblados de jóvenes y niños durante los años noventa (Entrevistado 1, entrevista, 19 marzo 2020<sup>13</sup>). La recuperación demográfica vino de la mano de nuevas oleadas migratorias, en un distrito que sigue siendo el de renta familiar más baja de la ciudad (Ayuntamiento de Barcelona, 2017).

Los informes diagnósticos de salud en los barrios de Trinitat Nova (ASPB, 2016, p. 48-50), Verdum (ASPB, 2016, p. 31) y Roquetas (ASPB, 2019, pp. 23-24), del programa Barcelona, *Salut als Barris* indican que el alcohol es la droga que más preocupa a los/as vecinos/as, ya que es la más consumida y ha estado siempre presente. Se puede observar en la *figura 17*, que esta droga legal ya tenía un gran protagonismo en el año ochenta y ocho.

En definitiva, en Nou Barris se convive con las drogas. De los diecisiete barrios con el índice de consumo problemático<sup>14</sup> más altos de Barcelona, siete son de este distrito, siendo el territorio más afectado.

### 5.1. Atención a las drogodependencias en el distrito VIII

Una vez separados, Nou Barris y Sant Andreu (distritos octavo y noveno respectivamente en el nuevo orden territorial del ochenta y cuatro), compartieron CAID durante siete años más. No se ha localizado el registro de ninguna organización pública o privada que trabajase sobre los consumos de sustancias durante ese periodo. El CAID aportaba personal de su equipo para trabajar directamente en el distrito, y conectarse así con el territorio en materia de prevención. En 1988, un grupo de profesionales redactaron la Propuesta de Plan de Prevención de drogodependencia para el barrio de Roquetes (Ortiz *et al.*, 1988), un documento con el que se pretendía diseñar una intervención con continuidad, dada la poca sistematización que tenía la prevención por aquel entonces. Finalmente, la acción se centró en la escuela y en la promoción de la salud mental en general, a través de hábitos saludables y de autocuidado.

---

<sup>13</sup>Entrevista completa a TS CAS en Anexo 2.1. (p.91).

<sup>14</sup> Se trata de un indicador obtenido a partir de la mortalidad por reacción aguda adversa a las drogas, las urgencias en consumidores/as de drogas, los inicios de tratamiento según la sustancia psicoactiva y las jeringuillas recogidas (Ayuntamiento de Barcelona, 2017, p. 97).

---

Sobre otras iniciativas presentes en el territorio encontramos:

- Centro Reto: en el año 1995, abrieron un local en el barrio de la Prosperitat, que continúa funcionando. Reto es una fundación privada de rehabilitación de personas drogodependientes a través de valores cristianos, y el centro de Nou Barris es una de las iniciativas de inserción sociolaboral de la fundación.
- Programa Recoge: La Agencia de Salud Pública puso en funcionamiento un programa de recogida de jeringuillas en una zona de riesgo en el barrio de Porta, durante los años 1997-1998 (Entrevistado 1, 2020).
- Centro de día de AAT: en el año 2000, trasladaron una comunidad terapéutica situada en el barrio del Guinardó (distrito de Horta), a Verdum. Tuvieron que abandonar este nuevo emplazamiento por la presión vecinal, ante el rechazo a un recurso de tratamiento de personas drogodependientes en el barrio<sup>15</sup>, siendo un claro ejemplo de la estigmatización del colectivo, y de las consecuencias directas de ese estigma.

Fue también la presión vecinal la que forzó la apertura del CAS Nou Barris en Trinitat Nova. Previamente, se había formado la “comidroga”, una comisión con una persona representante de cada asociación vecinal del distrito, que hizo la demanda e interlocutó con la administración, hasta la inauguración del centro en 1992. Después de esto, dicha comisión desapareció. Una vez más en la historia de Nou Barris, la comunidad demostró iniciativa para tratar de resolver un problema frente al que la administración todavía no había respondido.

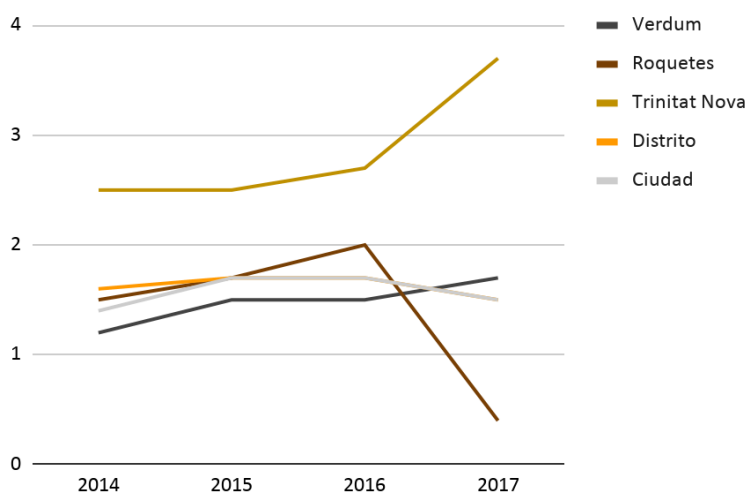
En la actualidad, por lo tanto, el Centro de Atención y Seguimiento es el servicio de cabecera en la atención a personas drogodependientes en el distrito. El acceso puede ser directo, o mediante Servicios Sociales, la DGAIA, el CAP, etc., siendo este último el servicio de derivación más frecuente.

En coherencia con lo señalado por el valor del ICPD, que es alto en el caso de Roquetas y muy alto en Verdum y Trinitat Nova, cabría esperar que los inicios de tratamientos de estos tres barrios fuesen superiores a la media de la ciudad. Sin embargo, encontramos que, en el caso de las mujeres, en Verdum no ha sido así hasta 2016, y que en Roquetas ha descendido drásticamente el inicio de tratamientos desde ese mismo año (*figura 19*). Observando las gráficas comparativamente (*figuras 19 y 20*), se puede ver que en el caso de ellos existe un patrón común entre los tres

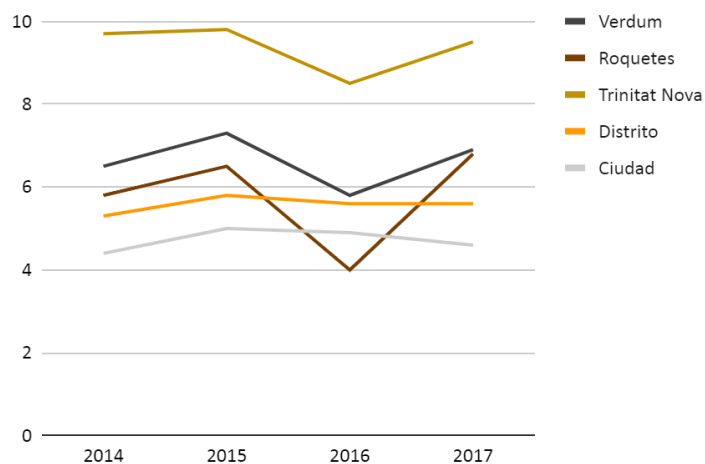
---

<sup>15</sup> Información proporcionada por la propia asociación.

barrios analizados, mientras que la gráfica de las mujeres tiene una variabilidad mayor.



**Figura 19.** Inicios de tratamiento de mujeres (tasa x1000). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de *Infobarris* (2020).



**Figura 20.** Inicios de tratamiento de mujeres (tasa x1000). Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de *Infobarris* (2020).

Como respuesta a los informes diagnósticos, se han articulado una serie de acciones de carácter preventivo en función de una visión integral de la salud y de su promoción, generando programas específicos para grupos etarios (adolescencia y juventud, especialmente), grupos y mesas de participación por barrios, actividades de ocio y culturales, etc. Igualmente, hay una Mesa de Salud Comunitaria de todo el distrito, donde se encuentran los nueve grupos que trabajan la salud comunitaria en Nou Barris. Entre ellos, se encuentran Verdum Familias y la Mesa de Salud de Roquetes, surgidos de los planes comunitarios de esos dos barrios. Trinitat Nova, que

---

cerró su plan comunitario en 2018, no tiene participación pese a ser uno de los dieciocho barrios con peores resultados en el diagnóstico de salud (Ayuntamiento de Barcelona, 2016, p. 22).

Ya en 1988, en las primeras acciones preventivas en el territorio se planteaba el debate sobre cuánta información explícita sobre drogas facilitar a las personas beneficiarias, bajo la percepción de que demasiados datos podrían ser contraproducentes, e incluso incitar al consumo (Ortiz, 2020). Esta percepción llega hasta nuestros días, especialmente tratándose de sustancias ilegales. Se considera que los/as jóvenes pueden entender que su uso está más extendido de lo que realmente está, lo cual aumentaría las posibilidades de que deseen consumir para estar integrados/as en la supuesta normalidad (Vélaz de Medrano, 2009, p. 231). Desde esta perspectiva, las estrategias de prevención se han de focalizar tanto en influir sobre los factores de riesgo, como en generar factores de protección, entendiendo que estos están atravesados por diversas circunstancias. De hecho, una de las cuestiones más complejas es el análisis de estos factores, ya que hay múltiples clasificaciones y son diferentes entre personas, grupos de iguales, familias, etc. por depender no sólo de cuestiones ambientales, sino también de valores y creencias personales. Por eso es imprescindible la labor educativa, que supera a la informativa, a través de estrategias didácticas, de una acción planificada, y de la promoción del pensamiento crítico y el autoconocimiento.

Da la impresión de que este es el paradigma que se emplea: existe una alta implicación en cuestiones de salud, pero no se menciona la prevención del consumo de drogas en las líneas vertebradoras ni en los objetivos de los programas de promoción, a pesar de que el ICPD de Nou Barris sea de los más altos de la ciudad, como se indicaba anteriormente. A este respecto, la Agencia de Salud Pública de Barcelona (2017, pp. 97-98) señala la correlación entre el ICPD elevado y las rentas familiares más bajas, coincidiendo ambas variables en el territorio estudiado. Lo mismo indica la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (2018, p. 44): *“Els serveis d’atenció a les drogodependències són els que tenen més proporció de pacients de nivell socioeconòmic molt baix”*. Y no solo se trata de la renta. Según los indicadores de la ASPB (Infobarris, 2020), Trinitat Nova y Verdum tienen un espacio público de baja calidad. Sobre este último, *“tampoco es un barrio que dé mucho para estar en la calle, porque no hay casi plazas”* (Judith Arévalo y Arnau Padrós,

entrevista, 18 junio 2020<sup>16</sup>). Los tres barrios están entre los catorce en los cuales entre el 30,8 y el 44,6% de la población tiene únicamente estudios primarios, o menos. Estos son algunos ejemplos de las desigualdades estructurales de las que se hablaba previamente.

Otro aspecto que se trabaja ampliamente de la mano de la prevención, y que tiene mucha relación con la trayectoria comunitaria del lugar, es la convivencia. En esta línea trabajan los/as educadores/as de calle en medio abierto, el Servicio de Soporte a las Comunidades de Vecinos/as y Espacio Público de Nou Barris, y otros agentes institucionales que se reúnen periódicamente en la Mesa de Prevención y Convivencia.

Es claro que un enfoque integral e integrado de la promoción de la salud es una estrategia hacia el bienestar, pero también parece evidente que las condiciones estructurales tienen un peso que no se puede aligerar salvo con acciones directas y específicas. Hay una normalización de las pequeñas ventas, el “trapicheo”, para obtener ingresos. Para los/as jóvenes de Nou Barris es normal tener en el entorno cercano a personas con esta dedicación (Arévalo y Padrós, 2020). Aun así, la prevención está soterrada bajo el enfoque de la promoción de la salud.

---

<sup>16</sup> Entrevista completa a Judith Arévalo y Arnau Padrós en Anexo 2.7. (p.160).



## 6. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ATENCIÓN A MUJERES QUE USAN DROGAS EN NOU BARRIS

La carencia de una estructura y mecanismos claros, visibles y evidentes en relación a la garantía de los DSyR en el colectivo estudiado suscita la duda de si son objeto de una estrategia integrada, de una estrategia des-integrada, o más bien son parte de las tareas de cuidados absorbidos en muchas ocasiones por la acción comunitaria. Para poder esclarecer este asunto se ha seguido una metodología de acercamiento a la cuestión desde varias dimensiones, triangulando lo comunitario, los servicios de atención públicos, y las organizaciones privadas sin ánimo de lucro (*figura 21*).



**Figura 21.** Triangulación de ámbitos de investigación. Fuente: Elaboración propia.

Si bien es cierto que las iniciativas sociales suelen incluir a las comunitarias, hay dos motivos por los que se estructura la investigación haciendo esa diferenciación:

- Porque, aunque puedan ir a la par, es interesante analizarlas como elementos diferenciados, en relación a las características intrínsecas de cada una, y observar también el modo en que se relacionan.
- Porque existe una vasta historiografía de los movimientos vecinales de Nou Barris, y por tanto la iniciativa comunitaria en esta idiosincrasia concreta cuenta con una entidad propia.

### 6.1. Servicios públicos

Como primera pregunta de aproximación a la cuestión trabajada en este apartado, hay que preguntarse a quién le corresponde la atención de las mujeres

drogodependientes en el distrito, y la respuesta es conocida. En el caso del territorio estudiado, dicha atención es competencia del CAS Nou Barris, centro coordinado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona. El motivo de comenzar el planteamiento atendiendo a las drogodependencias es fruto de lo relativamente sencillo que puede ser identificar el colectivo, mientras que en el imaginario general hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos suele resultar abstracto. En el transcurso de la investigación, en las entrevistas realizadas a agentes no especializados/as en DSyR, se pudo comprobar que era mucho más efectivo en términos comunicativos hablar de salud sexual y reproductiva que de Derechos Sexuales y Reproductivos. La diferencia conceptual y política entre el enfoque de salud y el enfoque de derechos se tratará más adelante, con el detalle y la profundidad que requiere, y saliendo del ámbito territorial específico, que no aporta información a ese análisis.

En cualquier caso, lo que se encuentra en el CAS Nou Barris es un fractal de lo que supone el global de los datos sobre perspectiva de género y drogodependencias. Según palabras del trabajador social del centro, solo el 20% de las usuarias son mujeres, similar al cómputo total de Cataluña (Agencia de Salud Pública de Cataluña, 2019, p. 13). Del mismo modo que en muchos otros equipamientos, las condiciones de acceso, el itinerario, los programas, son exactamente los mismos para hombres que para mujeres. La única variación notable en la atención a mujeres es el test sobre violencia de género que han de realizar las usuarias en su primera visita, para valorar si se ha de iniciar el protocolo de protección. En este sentido, el centro está coordinado con otros servicios tanto públicos como privados de atención a mujeres víctimas de violencias machistas. Como se verá en el capítulo 7, la atención a las violencias goza de un gran protagonismo en la defensa de los derechos en general, y de los Derechos Sexuales y Reproductivos en particular. Está claro que la violencia supone vulneración de derechos, pero la promoción de los mismos también ha de contar con acciones positivas que favorezcan relaciones no solo saludables en lo físico y emocional, sino también placenteras y agradables, a partir de unos criterios propios e individuales que los determinantes del género no siempre permiten en una primera instancia.

El CAS está en contacto con servicios de atención a mujeres embarazadas en el Hospital Vall d'Hebron y Hospital del Mar. En el centro también se dispensan preservativos externos<sup>17</sup> y hay carteles informativos sobre ITS en el edificio. Estas

---

<sup>17</sup> Anteriormente llamados preservativos masculinos, o para pene. La modificación de la nomenclatura responde a la pretensión de que esta sea inclusiva, y no tráfobica.

medidas de prevención están fundamentadas en el enfoque de riesgos sobre la salud sexual (Montse Pineda, entrevista, 26 junio 2020<sup>18</sup>), predecesor del enfoque de derechos de El Cairo y de Beijing, y a la vez omnipresente en el sistema patriarcal. Esto es así cuando el riesgo se presenta como el elemento visible y prioritario, y es utilizado para generar políticas basadas en el temor, restrictivas de libertad. Sin perder de vista lo imprescindible de cuidar la salud, los DSyR tratan de garantizar, entre otros aspectos, el derecho a la educación y a la información, esto es, tener acceso a los conocimientos útiles, que generen un contexto de toma de decisiones fundamentado y autónomo.

El otro flanco de aproximación a la cuestión abordada es a través del servicio especializado en salud sexual y reproductiva. A este respecto, el ASSIR tampoco cuenta con ningún programa especializado en la atención a mujeres drogodependientes. Como se explicará más adelante<sup>19</sup>, la Subdirección General de Drogodependencias de la ASPCAT está comenzando a desarrollar una iniciativa piloto de vinculación del centro de reducción de daños de La Mina, otro territorio con un alto índice de consumo, con el ASSIR de la zona. La evaluación de pilotaje servirá para conocer los elementos replicables en otros territorios, así como los que han de ser replanteados.

Los Servicios Sociales, como servicios universales que son, tampoco prevén la atención específica a mujeres drogodependientes (Marta Fité, entrevista, 16 junio 2020<sup>20</sup>). Ante la detección de consumos de abuso sí que realizan derivaciones al CAS, y entre las acciones de soporte proporcionan también atención psicológica en caso necesario, dentro del plan de intervención que se diseña para los/as usuarios/as.

Tanto el ASSIR del CAP Rio de Janeiro como Servicios Sociales del distrito cuentan con proyectos dirigidos a población joven. Las *Tardes joves* del ASSIR son un servicio de orientación y asesoramiento para jóvenes hasta 24 años, que tiene lugar una tarde de cada semana. Igualmente, Servicios Sociales en colaboración con los ASSIR del territorio, llevan más de una década desarrollando el proyecto JASP, sobre educación afectivo sexual en los institutos del distrito (Fité, 2020).

---

<sup>18</sup>Entrevista completa a Montse Pineda en Anexo 2.10. (p.185).

<sup>19</sup> Ver Apartado 7.3. (p. 62).

<sup>20</sup>Entrevista completa a Marta Fité en Anexo 2.6. (p.157).

## 6.2. Iniciativa comunitaria

Por iniciativa comunitaria se entiende la acción de grupos de personas organizadas que comparten territorio y, en consecuencia, circunstancias culturales, sociales y económicas. En el contexto estudiado, esta iniciativa está encarnada por las asociaciones vecinales, las redes de apoyo y las mesas de participación. Estos grupos están dinamizados por el equipo técnico de los planes comunitarios.

Como se indicaba con anterioridad, tanto Roquetas como Verdum cuentan con plan comunitario, al contrario que Trinitat Nova. Según explica el equipo de Verdum (Arévalo y Padrós, 2020), se trata de un programa gestionado por la *Associació Comunitària de Verdum*, cuyo objetivo es incentivar la participación de los/as habitantes del barrio y mejorar en consecuencia la calidad de vida, al fomentar el sentimiento de pertenencia al lugar y las relaciones interpersonales. La propia entidad de cabecera se fundó a partir de un proceso participativo en el barrio, marcando una línea clara desde el inicio.

El espectro de actuación de plan comunitario es muy extenso, y abarca desde el fomento y apoyo en la organización de actividades lúdicas, la dinamización de espacios familiares, vecinales o juveniles, o la mediación en conflictos de convivencia, intergeneracionales, etc. El equipo técnico no es siempre quien afronta estos retos, su función a veces reside en derivar los casos o conectar a las personas con la organización adecuada. Entre esta amplitud, no se encuentra ningún proyecto o actividad que vaya destinado total o parcialmente a drogodependencias, ni a la salud sexual. Sobre la salud reproductiva, se trabajan algunos aspectos vinculados a embarazo y lactancia en el grupo de crianza de Verdum Familias.

Colaboran estrechamente con otros planes comunitarios, como el de Roquetas, con bancos de alimentos, y también con Servicios Sociales. En ninguno de estos casos se trabaja el tema estudiado.

## 6.3. Iniciativa social

La carencia de acciones o medidas de atención, tratamiento o sensibilización en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres drogodependientes se extiende también a la iniciativa social del distrito, con la excepción de la asociación *Lola, no estàs sola*, ubicada en Verdum. Esta entidad, creada en 2016 por profesionales del ámbito social de Nou Barris, atiende a mujeres sin techo y sin

---

hogar<sup>21</sup>, ofreciéndoles un espacio no-mixto de autocuidado y relación, acompañamiento en los procesos vitales, burocráticos o administrativos que precisen, y en algunos casos, la posibilidad de compartir vivienda con otras mujeres (Clara Naya, entrevista, 15 mayo 2020<sup>22</sup>). La casuística de las usuarias que atienden es amplia y compleja, encontrándose con que un porcentaje aproximado del 20% de las mujeres sin hogar que frecuentan el local tienen consumos activos. El porcentaje aumenta al poner el foco en las mujeres que atienden en la calle, donde la angustia y el miedo constantes avivan la necesidad de consumo. Cuando las usuarias lo deciden, la asociación las pone en contacto con el CAS Nou Barris. La dimensión que adquiere la sexualidad para las mujeres consumidoras en situación de calle tiene dos vertientes (Naya, 2020):

- Por un lado, ser una herramienta de supervivencia, a través del trabajo sexual o de la búsqueda de una pareja protectora, para evitar abusos de otros hombres.
- Desconexión del propio placer y del cuerpo, como medida de protección ante abusos y agresiones.

Esa búsqueda de protección continua se explica atendiendo a la masculinización del ámbito público. Volviendo la vista atrás, recordamos que la **división sexual del trabajo**<sup>23</sup> ha provocado un uso desigual del espacio público y privado. Las mujeres “pertenecen” al ámbito doméstico, por este motivo corren peligro en la calle, y las implicaciones de quedarse sin vivienda son mucho más graves. Tener un compañero o una pareja, es blindar un contrato sexual que en otras circunstancias menos vulnerabilizadas queda desplazado hacia el matrimonio (Pateman, 1995, p. 155), por lo que se trata de una réplica más del sistema patriarcal. Dicho contrato resulta disuasorio ante otros hombres, suceso en el que radica su efectividad. Por otra parte, la desconexión que viven estas mujeres con sus cuerpos es un arma de doble filo: analgésica delante de las vivencias traumáticas, pero a la vez factor de vulnerabilidad, al dejarlas más expuestas a la violencia sexual.

---

<sup>21</sup> Según ETHOS (Tipología Europea de Sinhogarismo, en sus siglas en inglés) se consideran personas sintecho aquellas que no tienen un espacio para vivir dignamente, y por lo tanto se trata de personas que viven situaciones de calle. El sinhogarismo incluye a las personas sintecho, además de todas aquellas que no tienen un hogar, aunque sí tengan vivienda, como personas internas en centros penitenciarios o residencias, personas que viven situaciones de violencia en casa (y por lo tanto esta no es un espacio seguro), trabajadoras internas, etc.

<sup>22</sup>Entrevista completa a Clara Naya en Anexo 2.3. (p.116)

<sup>23</sup>Ver Marco Teórico (p. 23).

La entidad proporciona un espacio de calor-café, donde se conversa y se recogen las inquietudes de las usuarias, y es a través de esta actividad, y de talleres específicos sobre consciencia corporal en los que se trabaja la sexualidad como una dimensión empoderadora. En *Lola, no estás sola* se promueve el autocuidado poniendo el placer en el centro y favoreciendo los procesos personales y sociales precisos para promover la toma de decisiones y la autonomía. Ambas tienen una dimensión interna y otra externa. La primera, como se viene explicando, se trabaja a través de la sexualidad, y la segunda, mediante la promoción de la ciudadanía activa. Ambas dimensiones se retroalimentan e impulsan mutuamente.

Existe también un proyecto en ciernes para proveer de atención ginecológica periódica a las usuarias, y entre los acompañamientos que realizan, están especialmente sensibilizadas con lo que llaman las maternidades impedidas. Denuncian una retirada sistemática de las criaturas a mujeres en situación de vulnerabilidad, sin que haya una valoración de los apoyos que pueden tener o de los procesos de adaptación al sistema que están llevando a cabo.

La entidad, fundamentada en la perspectiva feminista y el trabajo comunitario, trabaja en red con otras organizaciones, asociaciones vecinales, iniciativas, administración, etc. La profunda vinculación con el territorio parte en cierto modo de la vinculación personal de las impulsoras del proyecto, pero también de la participación de las usuarias en prácticamente todos los eventos culturales, lúdicos y festivos que tienen lugar. Este hecho que ha favorecido la implicación de vecinos y vecinas con el proyecto, a través de donaciones, de voluntariado, y de la creación de una red informal de aviso a la entidad ante situaciones de calle, de abusos, etc.

Se puede decir que las de *Lola, no estás sola* son las acciones más claras y absolutas de promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos en Nou Barris. Además, la creación de intensas redes de trabajo comunitario, formales e informales, la coloca como la organización que vehicula el enfoque de Derechos Sexuales en el territorio, hacia las mujeres sin hogar que usan drogas, implicando a agentes (vecindad, plataformas, colectivos y plan comunitario) que no están interpelados desde otras lógicas comunitarias.

---

## 7. AMPLIANDO EL FOCO (I): LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BARCELONA

Una vez analizadas las acciones sobre DSyR en la atención a mujeres que usan drogas del distrito de Nou Barris, surge la inquietud de conocer qué políticas son las que ayudan a generar ese contexto social y de intervención, teniendo en cuenta que “no se puede trasladar automáticamente a un ámbito macroscópico los resultados obtenidos en un ámbito microscópico (y viceversa)” (Ginzburg, 1994, p. 41). Esta cita, referente a la relación entre la historia y la microhistoria, es perfectamente aplicable a las políticas públicas. Es decir, ni lo que se observa en Nou Barris es la norma, ni la norma hace al distrito. Pero es innegable que existe una vinculación entre ambas dimensiones, y, sobre todo, que está en juego una cuestión de derechos inalienables.

Además, tal y como se explicaba en el marco teórico citando a Joan Scott<sup>24</sup>, la influencia entre las relaciones sociales y las representaciones del poder es recíproca, por lo que comprender el distrito ha de pasar por comprender cómo se articulan las administraciones que están por encima. Asimismo, poner la mirada en lo periférico en primer lugar sitúa las necesidades colectivas, y las extrae de la abstracción en la que se ven sumergidas por algunos discursos tecnócratas.

Por estos motivos, se ha considerado que tomar una perspectiva más extensa del asunto es beneficioso para la investigación, en la medida en que pueda ofrecer una explicación a la limitada acción institucional sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres que consumen drogas en Nou Barris.

### 7.1. El enfoque de derechos como estrategia metodológica

En el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se reconoce la salud como uno de ellos. Sin embargo, no fue hasta 1994 que se definió como tal la Salud Sexual y Reproductiva, dejando a un lado el término salud materna e infantil que se venía utilizando a raíz de lo expuesto en el artículo 25.2 de la DUDH:

*“La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio*

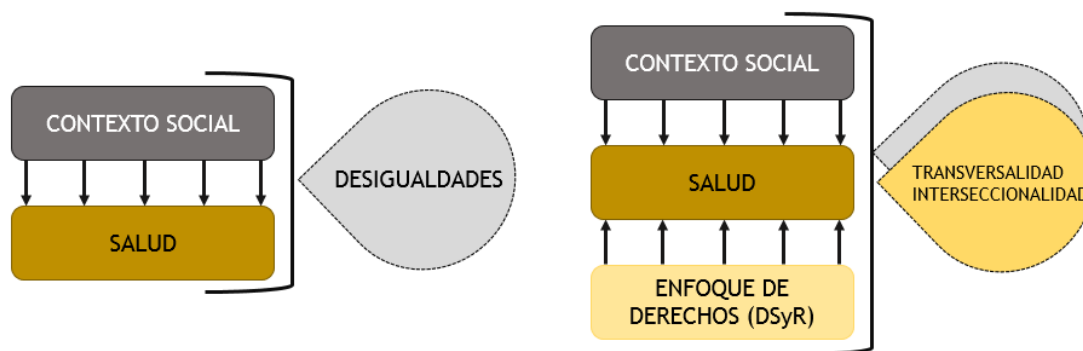
---

<sup>24</sup> Ver Marco Teórico (p. 18).

*o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.*

Esta concepción basada en la maternidad y que continuó desarrollándose en el ámbito de la planificación familiar (Mazarrasa y Gil, 2007, p. 5), ha llegado a la actualidad sumida en el debate entre las ideas de que lo reproductivo incluye a lo sexual; que son categorías diferentes; o que la sexualidad es el todo, y la reproducción una parte. Se trata de un debate histórico, del que se desbordan múltiples matices y posicionamientos ideológicos. Muchas organizaciones feministas, como Creación Positiva, se manifiestan a favor del término salud sexual, entendiendo que ésta engloba a la reproductiva (Pineda, 2020). La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 19) opta por la diferenciación de ambos grupos de derechos, como táctica de protección de los Derechos Sexuales, que habitualmente quedan relegados a un segundo plano, e incluso olvidados<sup>25</sup>.

Sabemos que el contexto social condiciona los procesos de salud<sup>26</sup>, generando desigualdades que impiden la garantía de los derechos (*figura 22*). Hace décadas que los feminismos ponen de manifiesto estas desigualdades que son especialmente visibles en la salud sexual de las mujeres, ya que su sexualidad es un elemento de vulnerabilidad, en constante peligro y cuestionamiento.



**Figura 22.** Aportación del enfoque de derechos a la dimensión de la salud. Fuente: Elaboración propia.

Los movimientos feministas también han puesto de relevancia que la DUDH está basada en el mito fundacional de la igualdad entre todas las personas, y que por tanto es androcéntrica y etnocéntrica (Agenda 2030 Feminista, 2018). Esto supone dejar fuera realidades diversas, en las que se encuentran las mujeres que sufren

<sup>25</sup> Ver Marco Teórico (p. 12).

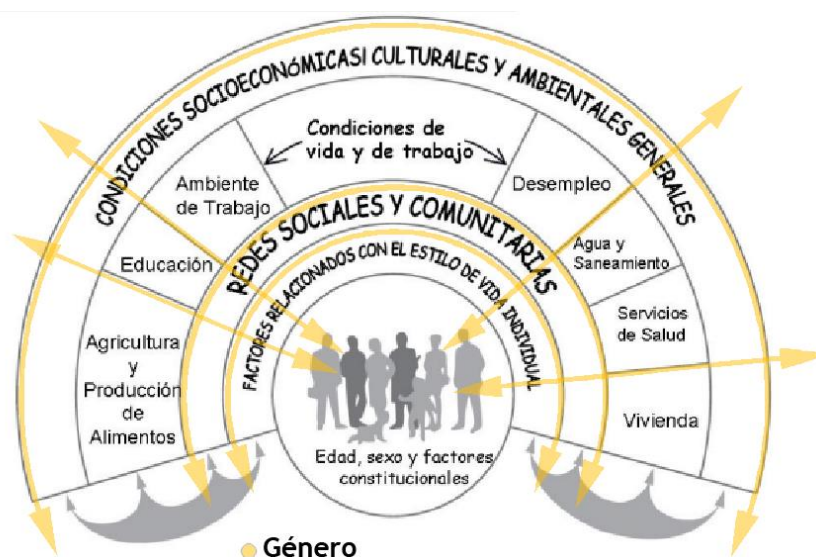
<sup>26</sup> Ver Marco Teórico (p.21).



discriminaciones cruzadas, como en el caso de las mujeres drogodependientes, a las que se les suman cuestiones de clase social, edad, origen étnico, diversidad funcional, orientación sexual, etc.

Parece evidente, pero es imprescindible reconocer a todas las personas que son sujetos de derecho. Ese es el aporte de los DSyR, que, insuflados por la perspectiva de género, reconocen los derechos que han sido invisibilizados por falta de concreción en anteriores declaraciones e instrumentos. A través de esa visión, el enfoque basado en los Derechos Sexuales y Reproductivos no solo trata de reducir las desigualdades, sino que es generador de transformación social, a través de acciones transversales fundamentadas en la interseccionalidad (*figura 22*).

Con el mismo objetivo de limitar desigualdades, la OMS introdujo los determinantes sociales de la salud en el abordaje sobre la misma. Aunque es una aproximación a un planteamiento sistémico, es insuficiente desde una perspectiva feminista. Atendiendo al concepto de género como sistema<sup>27</sup>, no se puede hablar de determinantes sociales relacionados con el género, sino que habría que incorporarlo a todos ellos (*figura 23*), como elemento inherente a la socialización humana que determina y regula lo público y lo íntimo, en este orden. Es más, en el análisis sobre naturaleza del problema y causas de las desigualdades sociales en salud de Dahlgren y Whitehead (2006, p. 19) no se menciona el género, atribuyendo las diferencias de salud a causas socioeconómicas.



**Figura 23.** Implicación del género en los determinantes de la salud. Fuente: Adaptación del modelo de Dahlgren y Whitehead (2006).

<sup>27</sup> Ver Marco Teórico (p. 18).

Por lo tanto, los discursos que excluyen el enfoque de derechos tienen el riesgo de acabar situándose en una perspectiva biomédica, atendiendo únicamente aspectos relacionados con los procesos fisiológicos y, en consecuencia, desvalorizando los elementos sistémicos de orden estructural, que superan a la biología y que interfieren en la salvaguarda de la salud. Esta idea adquiere más relevancia al tratarse de la salud sexual y reproductiva, por ser la sexualidad una construcción histórica y política<sup>28</sup>, que no puede ser mediada solamente por criterios clínicos y que no se construye en la intimidad, sino en el ámbito público y social (Pineda, 2020).

## 7.2. Agentes, competencias e instrumentos

Aunque se ha mencionado la Estrategia Nacional, en este estudio nos circunscribimos a las directrices que afectan de manera más directa a la ciudad de Barcelona. De esta manera se conserva la coherencia con la metodología utilizada, pudiendo analizarse las implicaciones que tienen las instrucciones municipales y autonómicas sobre el distrito de Nou Barris.

En España las competencias sanitarias están transferidas a los gobiernos autonómicos, en este caso a la Generalitat de Cataluña, que a través del Servicio Catalán de Salud (CatSalud) y en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona, articula el Consorcio Sanitario de Barcelona (*figura 24*).

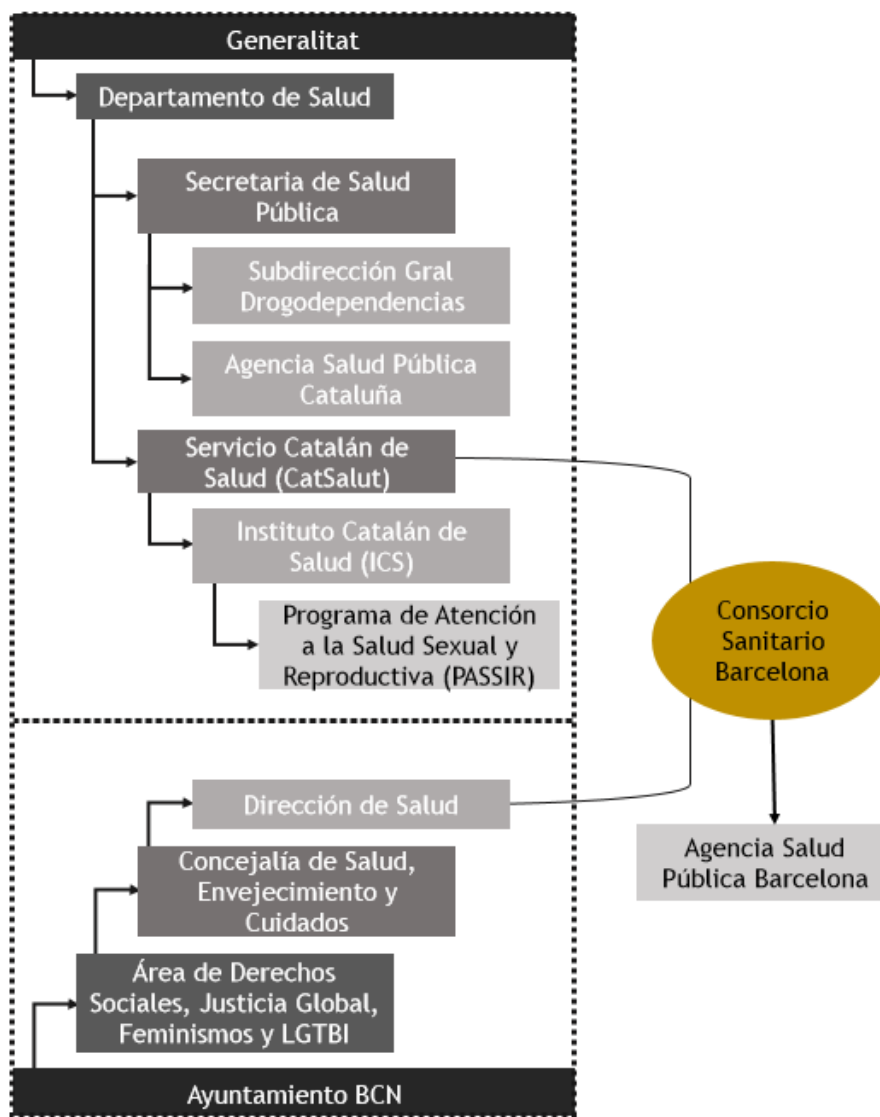
Según se indica en la Medida de Gobierno para promover la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona, 2014, p. 2), a partir del diagnóstico publicado en el informe anual *La Salut a Barcelona 2012* (ASPB, 2014) se detecta la necesidad de actuar para mejorar los resultados obtenidos. Hay que señalar que en dicho informe anual no se hacía referencia al término salud sexual. La información vinculada con esta cuestión se proporciona en dos epígrafes diferentes:

- Salud reproductiva, sobre embarazos en mujeres jóvenes y adolescentes.
- Enfermedades transmisibles, sobre VIH y otras ITS.

---

<sup>28</sup> En el siglo VII, la Iglesia (potencia espiritual, pero también política del momento) comenzó a distribuir los penitenciales, unas guías para los confesores sobre materia sexual, ya que previamente se había cambiado el significado de la sexualidad, confiriéndole un carácter vergonzoso y delimitando prácticas y actitudes permitidas (Federici, 2018). Este es, entre otros, un ejemplo de los sucesos históricos embrionarios de la concepción política de la sexualidad.

En 2013 se añadió la salud sexual de manera explícita al título del epígrafe (pasando a llamarse salud sexual y reproductiva), aunque los datos presentados han seguido siendo relativos a fecundidad, embarazos y abortos hasta el último informe, acerca del año 2018. Este enfoque se observa también en los informes anuales específicos sobre salud sexual y reproductiva.



**Figura 24.** Organigrama de los organismos públicos con competencias en salud. Fuente: Elaboración propia a partir de información de las webs institucionales.

No obstante, la Medida de Gobierno tomó forma de la mano de diversos/as agentes de la administración y de entidades especializadas, tras superar ciertos desacuerdos sobre el contenido de los primeros borradores, que no contaban con perspectiva sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos. Ese déficit en transversalidad se ha mantenido en el tiempo pese a las modificaciones del documento, por la tendencia

de administración y entidades de intervenir para reducir riesgos o controlar daños, pese a ser partidarias del enfoque de derechos (Pineda, 2020).

A partir de esta medida se creó la Estrategia compartida de salud sexual y reproductiva, que cuenta con una mesa de participación y toma de decisiones, un grupo motor de trabajo operativo, red y grupos de trabajo. En todos estos órganos se da cabida a las entidades sociales, que aportan sus iniciativas, conformando una gran parte de la Estrategia (Mercè Meroño, entrevista, 28 mayo 2020<sup>29</sup>). A raíz de esto, se realizaron también varios dossieres de concreción entre los que se encuentra el Marco para la atención integral en salud sexual y reproductiva (Ayuntamiento de Barcelona, 2016). En este documento, se identifican los colectivos con necesidades específicas, que son estos cuatro grupos (*Ibid.*, p. 7), entre los cuales no se contempla el colectivo estudiado:

- Personas recién llegadas, con necesidades de traducción/intérprete o mediación.
- Población interna en residencias o centros penitenciarios.
- Personas con diversidades funcionales (física, intelectual, visual, auditiva o diagnóstico de salud mental).
- Personas con diversidades sexuales.

La ausencia de referencias a las mujeres consumidoras de sustancias en la medida de gobierno municipal invita a seguir ampliando el foco, poniendo la vista sobre los siguientes planes de orden autonómico:

- Plan de Salud 2016-2020 (Generalitat de Catalunya, 2016): Los criterios utilizados en la definición de las áreas prioritarias de actuación no incluyen la salud sexual y reproductiva, salvo por los objetivos sobre control de ITS (p. 41).
- Plan de Salud Afectiva y Sexual (PSAS) (Agencia de Salud Pública de Catalunya, 2014), enfocado a población joven y adolescente, con situaciones de vulnerabilidad.
- Plan Interdepartamental e Intersectorial de Salud Pública 2017-2020 (PINSAP) (Generalitat de Catalunya, 2017), sin ninguna referencia a salud sexual y reproductiva.

Se puede decir que en el ámbito que nos ocupa, en general, hay una gran predisposición de las administraciones a planificar e intervenir sobre el colectivo

---

<sup>29</sup>Entrevista completa a Mercè Meroño en Anexo 2.4. (p.131).

adolescente y juvenil. Tiene sentido, ya que la promoción de una buena salud sexual y reproductiva en la juventud supone la adquisición de unos hábitos y una consciencia que son una inversión de futuro. Hay una clara priorización de este grupo de población frente a otros. Así lo constata Meroño (2020) al explicar la experiencia fallida acerca de un grupo de trabajo sobre mujeres y dificultades de acceso a los servicios, que no llegó a ponerse en funcionamiento dentro de la Estrategia aunque sí que llegó a estar formado. Respecto a las acciones generales que se plantean en los planes, se echa de menos un enfoque de género más allá de la diferenciación biologicista sobre el embarazo<sup>30</sup>. Este hecho pone de manifiesto una tendencia más afín al trabajo de promoción de la salud a partir del control de riesgos que a los DSyR, como se explicaba en el apartado anterior.

Afortunadamente para las mujeres drogodependientes, hay vida más allá de las normativas y directrices, y se manifiesta en forma de iniciativas sociales y proyectos piloto, como el que está preparando la Subdirección General de Drogodependencias (*figura 24*) en el barrio de La Mina, y que se explicará posteriormente.

Fuera del ámbito de la administración pública, se encuentran otros agentes que trabajan en la defensa y garantía de los DSyR. Entre ellos están las entidades SidaStudi, Genera, Creación Positiva y la Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos. Estas dos últimas lideran Agenda 2030 Feminista, que es un programa sobre la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos como foco para la defensa de los Derechos Humanos de las mujeres. Esta iniciativa tuvo su origen en el seguimiento de la agenda política posterior a la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994), en la que surgió el concepto actual de salud sexual y reproductiva. En la actualidad se trata de hacer seguimiento de la agenda sobre la articulación de los DSyR en el terreno municipal y catalán especialmente, a partir de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la nueva agenda de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Aunque ha habido algunas sinergias entre la Agenda 2030 Feminista y la Estrategia, no se puede hablar de una colaboración entre ambas, a causa de la distancia entre los enfoques. Igualmente, no existe coordinación entre la Estrategia y la Subdirección de Drogodependencias, quedando ciertamente desconectados el plano normativo

---

<sup>30</sup> Circunscribir la atención a mujeres a fecundidad y embarazo puede ser discriminatorio para las personas trans, además de poner el foco en el sexo y no en el género, que es lo que determina las desigualdades.

sobre atención a la salud sexual y reproductiva, y el ejecutivo, encarnado en las acciones específicas sobre la garantía de derechos de la Subdirección.

### **7.3. Mujeres que usan drogas: un colectivo con necesidades específicas en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos**

Resituándonos en el consumo de drogas, que es lo que aporta el elemento de diferenciación sobre el estudio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, es obligado volver enfatizar la invisibilización de las mujeres que usan drogas. En los instrumentos reguladores o directores de la acción pública y social no hay constancia de la necesidad de atención específica que tiene el colectivo. Este hecho no solo las sitúa en una posición desventajada, ya que dificulta que la red de profesionales que les proporcionan atención tenga constancia de esa necesidad, y, en consecuencia, complica la posibilidad de un acompañamiento sensible y adecuado. Esa invisibilización, motivada y motivadora de estigma es violencia institucional (Gemma Altell, entrevista, 16 junio 2020<sup>31</sup>).

Existe quórum entre varias profesionales entrevistadas en que sí se trata de un colectivo con necesidades específicas (Pineda, 2020; Altell, 2020; Naya, 2020; Meroño, 2020), y debería estar reconocido como tal por los poderes públicos (por ejemplo, mediante el documento marco de la Estrategia, donde se identifican otros colectivos con especial vulnerabilidad en materia de DSyR).

En Barcelona existe una amplia y consolidada red de atención en torno a las violencias que sufren las mujeres, pero nos encontramos de nuevo con el mismo problema: las mujeres drogodependientes no llegan a estos servicios, del mismo modo que no acceden a los ASSIR. Además, las violencias sexuales, que son difíciles de demostrar en general, lo son mucho más cuando hablamos de contextos de consumo. Muchas veces no se admiten las denuncias, por la poca credibilidad con que cuentan las mujeres consumidoras ante los profesionales de los cuerpos de seguridad, más aún si se mezclan otras cuestiones como el trabajo sexual (Ana Ibar, entrevista, 19 junio 2020<sup>32</sup>). No obstante, no hay que confundir la acción sobre las violencias con la garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos. Tampoco hay que confundirlos con la atención a la enfermedad (Meroño, 2020), ni relacionarlos exclusivamente con los intercambios sexuales que se dan por dinero, drogas o protección.

---

<sup>31</sup>Entrevista completa a Gemma Altell en Anexo 2.5. (p.141).

<sup>32</sup>Entrevista completa a Ana Ibar en Anexo 2.8. (p.169).

Dentro de esa red de atención a las violencias se encuentra el Espai Ariadna, un recurso de la Fundación Salud y Comunidad que atiende a mujeres cis y trans que han vivido violencias machistas. Aunque no hablan sobre relaciones causales entre abuso de sustancias y violencia de género (Cristina Cruz, entrevista, 6 julio 2020<sup>33</sup>), trabajan en la intersección de ambas situaciones, acogiendo también a los/as hijos/as menores que acompañan a las mujeres, cuando estas son madres. Precisamente es esa intersección, y la inclusión de los/as menores lo que hace único y necesario este recurso, por atender una especificidad detectada, que provocaba la exclusión de un gran número de mujeres de los recursos de acogida de la red de atención a las violencias de género. Espai Ariadna trabaja desde un enfoque de derechos, asimilando por tanto los DSyR en el trabajo por el empoderamiento autónomo de sus usuarias.

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como un bienestar completo, que en estrecha relación con la sexualidad ha de posibilitar vivencias sexuales seguras y no coaccionadas, pero también placenteras. En la definición de sexualidad, se concreta que “abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción” (OMS, 2018, p. 3). Tratar estas dimensiones por separado, acaba desembocando en una lógica de priorización de unas sobre otras, lo cual provoca la pérdida de derechos, y no es casualidad. Los motivos para priorizar son diversos, entre ellos se pueden incluir la falta de recursos, o de estrategias para abordarlos. Pero también esa lógica tiene una utilidad para perpetuar ciertos discursos conservadores, ya que todo lo que se excluye de las políticas de garantía de derechos es lo que está situado “en lo periférico del sistema patriarcal” (Pineda, 2020). Es decir, que el sistema se replica a sí mismo. Y no solo se replica, también crea sus propias versiones. Los mandatos de género se tornan más estrictos con las mujeres consumidoras. Por ejemplo, las exigencias y sanciones que se aplican a aquellas que son madres, no se aplican con el mismo peso a otras mujeres madres que no toman drogas (Altell, 2020).

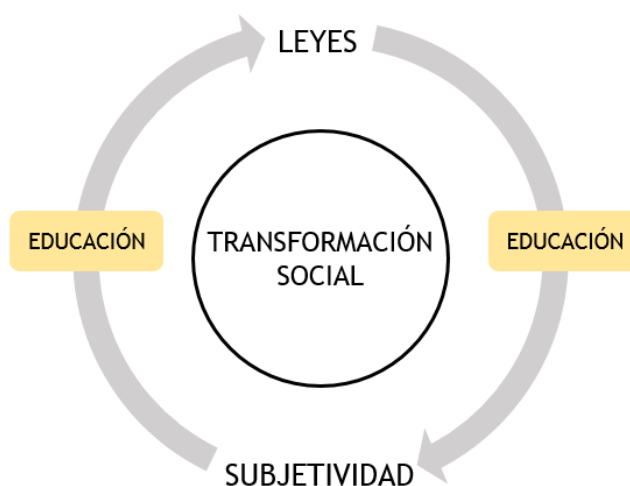
Es importante entonces, desde el feminismo y el enfoque de derechos, dotar al concepto de **atención integral** la magnitud que le corresponde, traducándose en un trabajo sobre todas las dimensiones, a cargo de todos/as los/as profesionales, en respuesta a las necesidades de las personas, y atendiendo a su diversidad. La transversalidad que se desprende de aquí es un valor para la transformación social, como veremos más adelante. El objetivo de esa atención integral ha de ser

---

<sup>33</sup>Entrevista completa a Cristina Cruz en Anexo 2.11. (p.193).

garantizar la autonomía y la libertad en contextos de desigualdad y discriminación, para proteger los Derechos Sexuales (Pineda, 2020). La necesidad de este enfoque está patente. La sexualidad es utilizada por las mujeres drogodependientes como una herramienta para la supervivencia (Meroño, 2020; Altell, 2020), como ya se observaba sobre la experiencia de *Lola, no estás sola* en Nou Barris. No obstante, puede ser también un elemento de crecimiento personal y desarrollo. Para ello es imprescindible suprimir el estigma que genera la prostitución, ya que incluso en el trabajo sexual puede encontrarse un lugar de empoderamiento, dentro de los contextos de consumo (Altell, 2020).

Hay varios motivos por los que la Medida de Gobierno para promover la salud sexual y reproductiva no ha tenido impacto en las realidades de las mujeres que usan drogas, desde su publicación en 2014. Se trata de una norma muy genérica que no se ha concretado en la realidad del colectivo, como se ha hecho con otros (juventud y adolescencia), y además acumula diversos errores (Meroño, 2020), como el ya mentado déficit de transversalidad. En cualquier caso, no es objeto de este estudio evaluar los instrumentos legislativos existentes, sino estudiar su repercusión y analizar su adecuación con las necesidades de las mujeres consumidoras desde una perspectiva educativa, crítica y constructiva.



**Figura 25.** Rol de la educación en la transformación social, entre lo personal y lo político. Fuente: Elaboración propia.

A este respecto, es indispensable poner de relieve que las leyes por sí solas no provocan el cambio social. Este precisa de la transformación de la subjetividad de las personas, esto es, un cambio de mirada sobre los problemas y sobre las otras subjetividades (Altell, 2020). El elemento inductor de esa transformación, y también



de la generación de políticas y leyes es la Educación, sobre ella hay que legislar (*figura 25*). Educar es proveer de conocimientos y generar los criterios para la toma de decisiones desde la autonomía y la libertad, en un contexto de autocuidado.

Un proyecto que trata de atender a las necesidades específicas de las mujeres que usan drogas es el piloto del barrio de La Mina. A través de la literatura específica, de los profesionales de reducción de daños y de un informe<sup>34</sup> del CEEISCAT, se ha ido recabando información sobre las carencias asistenciales que sufren las mujeres consumidoras de drogas, en lo que a salud sexual y reproductiva se refiere. En este sentido, se ha observado que muchas tienen VIH o alguna ITS, que han vivido abortos en más de una ocasión, que han sufrido violencia sexual en la infancia y/o recientemente y que tienen diferentes desarreglos ginecológicos (Ibar, 2020).

La selección del centro REDAN del barrio de La Mina, se basa en dos circunstancias que se han cruzado:

- En comparación con otros centros de la ciudad, tiene alta afluencia de mujeres.
- CAS, REDAN y ASSIR comparten edificio, con diferentes entradas.

Esta casuística genera unas condiciones de partida favorables, con el añadido de la predisposición y buena acogida tanto del personal del ASSIR como de su dirección general, que pende del Instituto Catalán de Salud (*figura 24*). El proyecto se basa precisamente, en la coordinación entre ambos servicios, para lo cual ha sido necesario un paso intermedio de carácter formativo. Los profesionales del ASSIR, además de una formación más técnica sobre drogas, han conocido el centro REDAN y a su equipo, pudiendo compartir sensibilidades hacia el colectivo destinatario.

De esta forma, se pretende garantizar un seguimiento ginecológico básico mediante derivación por parte de reducción de daños, con un día de preferencia asignado. También se busca asegurar un seguimiento obstétrico en caso de embarazo, con su consiguiente coordinación entre ambos equipos, para poder iniciar el tratamiento de sustitución con metadona lo antes posible, en los casos que sea necesario.

La evaluación tendrá lugar mediante tres instrumentos:

- Cuestionario, antes y después del proyecto.

---

<sup>34</sup>“Monitoratge del VIH i del VHC i de les conductes de riscassociades en persones que s’injecten drogues a Catalunya. Resultats del tall transversal del 2012-13”. Se puede consultar en este [enlace](#).

- Comparativa de informes CEEISCAT. El inicio del proyecto ha coincidido con la recogida de datos para un nuevo informe, por lo que se contarán como datos de partida, para contrastarlos con futuros estudios.
- Encuesta de satisfacción y opinión de las propias usuarias.

Con toda esta información se podrá valorar en qué medida el proyecto puede ser replicados en otros territorios, así como corregir o transformar las cuestiones que no funcionen sobre el terreno.

Es también obligado mencionar el proyecto *Metzineres, entorns d'aixopluc*, presentado en la justificación<sup>35</sup> de esta investigación como proyecto de referencia nacional e internacional.

La invisibilización de las mujeres que usan drogas y de sus derechos, en palabras de Pineda (2020), tienen que ver con la poca capacidad de generar política pública, y por tanto “los déficits no tienen que ver con cómo se maneja en pequeña escala en el ayuntamiento, o en los ASSIR o en los servicios, sino porque no hay una política pública real que no sea de estigmatización”. De hecho, como se puede comprobar, hay algunas iniciativas que, aunque enriquecen el panorama, no generan un cambio transversal y expandido en las políticas de referencia.

---

<sup>35</sup> Ver Apartado 1.3. (p. 10).

## 8. AMPLIANDO EL FOCO (II): LA TRANSVERSALIDAD COMO METODOLOGÍA DE TRABAJO, EL CASO DE LOS DSyR

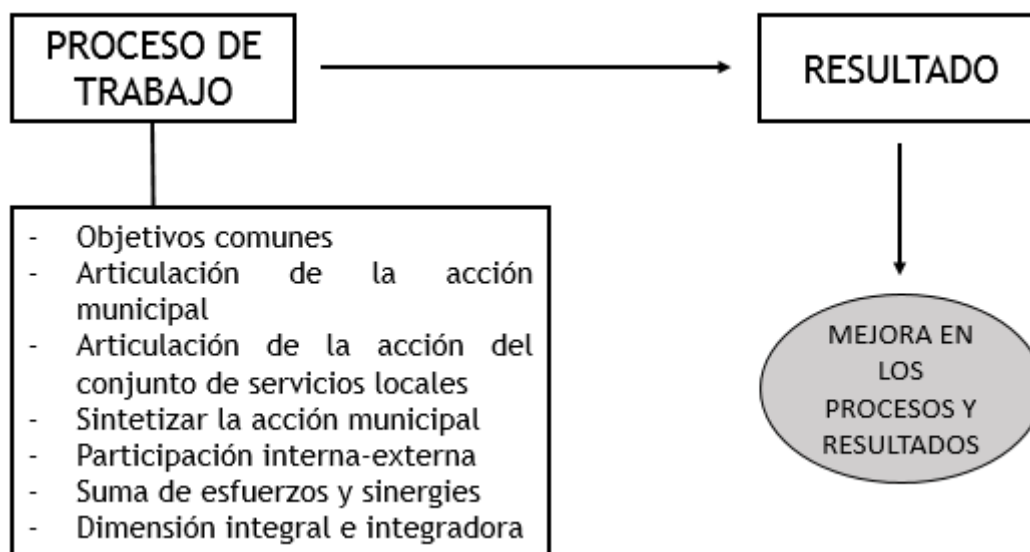
Existen múltiples definiciones de transversalidad, entre ellas:

*“La transversalitat és un concepte i una metodologia organitzativa que es caracteritza per la gestió de projectes mitjançant la cooperació de diverses disciplines”.*

(Subdirección General de Drogodependencias, 2013, p. 24)

*“Una forma de trabajar complementaria y coherente, efecto de múltiples acciones llevadas a cabo por agentes diversos respecto de unos objetivos comunes definidos desde el encargo político, para mejorar procesos y resultados”.*

(Mora et al., 2006, p. 87)



**Figura 26.** Acciones transversales: proceso / resultado. Fuente: La transversalidad como impulsora de mejoras en la Administración Pública (Mora et al., 2006, p. 88)

En el mismo manual de Mora et al. (2006, p. 89), se delimita el marco teórico que puede sustentar la transversalidad en la práctica social. Se trata del desarrollo de un Sistema de Servicios Locales. Todas las poblaciones cuentan con Servicios Locales, que son el conjunto de servicios municipales, los servicios de otras administraciones en el territorio, los servicios de la iniciativa social y los de la iniciativa mercantil. Para que todos ellos formen un sistema han de estar articulados, coordinados entre

---

sí, y esta es la labor de la administración (Mora, entrevista, 22 junio 2020<sup>36</sup>). Los objetos de articulación de las acciones entre estos servicios son el sistema de planificación y evaluación, el catálogo de servicios y el sistema operativo.

El sistema operativo son los mecanismos de decisión y actuación: comisiones de trabajo, participación ciudadana, mesas de participación o consultivas, etc. La Estrategia compartida del Ayuntamiento de Barcelona cuenta con estos órganos (Ayuntamiento de Barcelona, 2017):

- Mesa para la salud sexual y reproductiva, prevista por la medida de gobierno. Compuesta por representantes institucionales del Ayuntamiento y del Consorcio Sanitario de Barcelona, y representantes asociativos.
- Grupo motor, formado por un número reducido de representantes de entidades e instituciones de la Mesa.
- Red de la Estrategia, espacio de vinculación de entidades que trabajan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la educación afectivo-sexual.
- Grupos de trabajo sobre temas concretos.
- Secretaría técnica, de apoyo a las actividades y entidades de la Estrategia.

Para garantizar la representatividad del colectivo de mujeres que usan drogas, sería interesante la participación de entidades que trabajen en ese ámbito y de la Subdirección de Drogodependencias, como organismo que ha asumido la responsabilidad de traspasar la perspectiva de Derechos Humanos (esto incluye los DSyR) a los recursos de atención (Ibar, 2020).

Sobre el catálogo de servicios, podemos identificar los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, que habría que conectar con los de atención a las drogodependencias (CAS, reducción de daños, comunidades terapéuticas, etc.) para garantizar la atención integral, como se está comenzando a realizar en el barrio de La Mina.

Por último, el sistema de planificación y evaluación local, son los instrumentos que delimitan los objetivos y finalidades, que puedan medirse y cuantificarse, para valorar la efectividad de las políticas y rectificar lo necesario. No se ha encontrado a este respecto ninguna indicación específica sobre objetivos anuales o procesos evaluativos de la Estrategia, más allá de lo señalado en términos generales en la medida de gobierno o en la Memoria ESSIR 2015-2017.

---

<sup>36</sup>Entrevista completa a Ramon Mora en Anexo 2.9. (p.174).

### 8.1. La transversalidad en la práctica política y educativa

La transversalidad es una metodología de gran valor y utilidad en el trabajo sobre problemas multidimensionales, como es el caso de la vulneración de Derechos Sexuales y Reproductivos en general, y en el caso de las mujeres drogodependientes en particular.

Sobre las políticas generalistas, se puede apuntar que la Medida de Gobierno para promover la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Barcelona (Ayuntamiento de Barcelona, 2014, pp. 4-5) cuenta con algunas referencias a la transversalidad, a pesar de no aludir directamente a este término:

1. Suscribir la estrategia de la OMS *Salud en todas las políticas* basándose en los determinantes de la salud. Esta estrategia consiste en aplicar un enfoque intersectorial a las políticas públicas sobre salud.
2. La metodología descrita se basa en la promoción de alianzas estratégicas entre la administración municipal, entidades, comunidades y agentes sociales.

Otro indicio de la pretensión de transversalidad es la alusión a la coproducción de políticas, que supone la apertura de la dimensión pública más allá de las administraciones, bajo una lógica de cooperación, creación de respuestas colectivas y empoderamiento ciudadano (Ayuntamiento de Barcelona, 2017, p. 22, sobre Pares, Castellà i Garcia -Brugada, 2015). Por lo tanto, podemos considerar que la coproducción es inherente a la transversalidad, y que, en consecuencia, la articulación entre los diferentes Servicios Locales es clave (Mora, 2020). Sin embargo, en muchas ocasiones la práctica acaba convirtiéndose en un traspaso de documentos ya direccionados, de administración a entidades, para que añadan aportaciones o correcciones, sin una creación conjunta desde el origen (Pineda, 2020; Meroño, 2020). Aun así, Meroño (2020) considera que el planteamiento de la Estrategia es una declaración de buenas intenciones, y que aunque la coproducción no suceda en los términos supuestos, su enunciación aporta un compromiso por parte de la administración, dando la posibilidad a las entidades de encontrar un punto de apoyo en el texto para denunciar y reclamar dicho compromiso cuando es necesario.

Como se viene mostrando, hay una amplia variedad terminológica en torno a la transversalidad, “no por utilizar la palabra [transversal] se hacen políticas transversales, y no por no utilizar la palabra se dejan de hacer políticas transversales” (Mora, 2020). La cuestión es que exista coherencia y esas políticas

transversales se traduzcan en programas o acciones que también lo sean. Con el propósito de aclarar la terminología, se propone el **modelo de acción social transversal**, sobre el abordaje de problemas multidimensionales (*figura 27*). Basado en la cooperación entre administraciones públicas, ciudadanía e iniciativa social<sup>37</sup>, en lo que Mora et al. (2006) llaman Sistema de Servicios Locales. Estos agentes han de delimitar en detalle el problema detectado, utilizando los sistemas de participación ciudadana y de coproducción de políticas públicas como altavoz a sus inquietudes, necesidades y propuestas. La finalidad de este proceso es la creación de políticas transversales, que han estar fundamentadas en la concreción y la transparencia, especialmente en lo relativo a objetivos, recursos disponibles y evaluación. Las actuaciones planificadas han de materializarse de forma simultánea en redes de trabajo y acciones específicas.

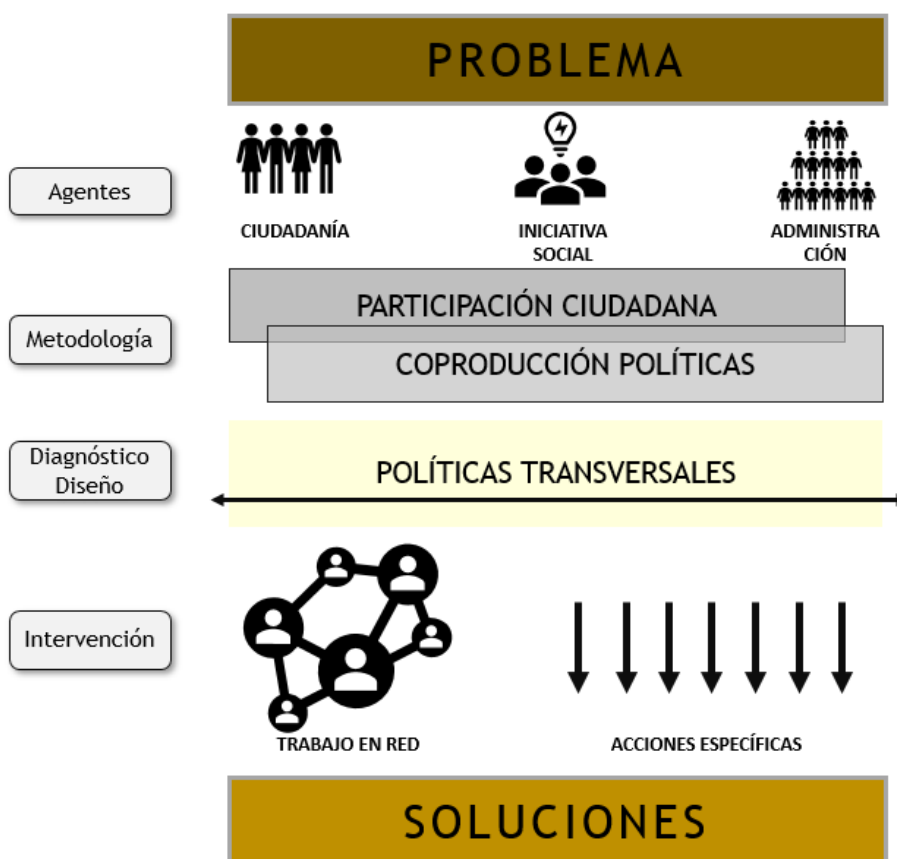


Figura 27. Modelo de acción social transversal. Fuente: Elaboración propia.

<sup>37</sup> No se ha señalado la iniciativa mercantil que Mora *et al.* (2006) indican como parte de los Servicios Locales, por considerar oportuna una matización entre las iniciativas vinculadas a la economía social y solidaria, y otras tipologías. Este matiz tiene relación con el análisis de las finalidades de los servicios, ya que no está claro que todas las iniciativas mercantiles tengan como objetivo (principal o secundario) la transformación social.

---

## 9. LOS SERVICIOS LOCALES EN NOU BARRIS

Después del análisis de acciones diferenciadas sobre el territorio, y la panorámica acerca de las políticas públicas en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos, volvemos a poner la vista sobre Nou Barris para analizar el contexto de intervención social específico de una forma más situada.

Se puede constatar que hay una red de Servicios Locales, que se coordinan entre ellos para dar respuesta a ciertos asuntos. Sin embargo, en lo referente a la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres que usan drogas no podemos decir que estos servicios estén articulados, debido a la carencia de:

- Sistema de planificación y evaluación: no hay planes ni proyectos compartidos, cuyos objetivos estén alineados con la defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres que usan drogas.
- Catálogo de servicios especializados, o con especial sensibilización entorno al asunto. De hecho, en Nou Barris el único servicio que atiende esta especificidad es de iniciativa social, *Lola, no estás sola*.

El sistema operativo, tercer objeto conformante del sistema de Servicios Locales, está articulado en torno a las mesas de participación, los grupos de trabajo y los itinerarios de derivaciones que tienen lugar en el distrito. Ese trabajo en red ofrece una estructura idónea para generar nuevos proyectos que impliquen a todos los/as agentes.

Una de las cuestiones determinantes para comprender esta ausencia de sistematización de Servicios Locales en Nou Barris es su ubicación<sup>38</sup>. Aunque desde 1984 cuente con la gerencia de servicios municipales a través del distrito, y la red de equipamientos públicos y transportes se extiendan por sus barrios, sigue siendo la periferia<sup>39</sup>. La iniciativa social especializada en DSyR (igual que en otros ámbitos) se concentra en los barrios más céntricos de la ciudad, enriqueciendo el tejido asociativo y repercutiendo por tanto en esas comunidades, con los beneficios que eso puede aportar en la desarticulación de las desigualdades. En un sistema capitalista, esta centralización supone una polarización de los recursos.

---

<sup>38</sup> Ver Marco Contextual (p. 28).

<sup>39</sup> En los núcleos activistas y reivindicativos de Nou Barris lo periférico se ha convertido en un rasgo identitario. Como ha sucedido con otros movimientos sociales, los/as jóvenes se han apropiado del término, dándole unas connotaciones antropológicas que escapan de lo físico y geográfico.

En esta dirección apuntan Letelier y Valdosky (2019, p.3) al profundizar en la concepción que se le da al barrio desde la agenda neoliberal, de elemento autónomo para solucionar los problemas socioeconómicos a través de un traspaso de responsabilidades locales. Sin embargo, la descentralización que aporta la escala de barrio “es ficticia, ya que es operada por los órganos del Estado, sin que los interesados tengan realmente la posibilidad de expresarse al respecto”.

En el caso de Nou Barris, este presupuesto de agencia por parte de los barrios se fundamenta también en la épica de la genealogía del activismo vecinal, que parece ser el precedente de que las soluciones surgen por iniciativa popular. Sin embargo, la responsabilidad sigue perteneciendo a la administración pública como organismo competente, además de canalizador de los movimientos vecinales a través de la institucionalización de los mismos<sup>40</sup>.

A continuación, se presenta un resumen de los servicios y proyectos estudiados en esta investigación (*figura 28*), que son los que han surgido a través del análisis documental, en los contactos exploratorios y las entrevistas. Es necesario aclarar que en lo que se refiere a la atención a la salud sexual y reproductiva, se ha señalado el enfoque más representativo de cada producto, entendiendo que hay algunas políticas y acciones que tienen en cuenta los DSyR, sin que eso suponga la modificación del enfoque centrado en la promoción de la salud.

---

<sup>40</sup> Ver Marco Contextual (p. 29).



	Servicios Locales	Instrumentos / Organizaciones	Mujeres que usan drogas	Territorio Nou Barris	Atención a la salud sexual y reproductiva	
					Enfoque derechos (DSyR)	Enfoque de salud
POLÍTICAS	Servicio municipal (Ayuntamiento)	Medida de Gobierno	-	X	-	X
	Servicio admón. Supraterritorial (Generalitat - ASPCAT)	Plan de salud afectiva y sexual	-	X	-	X
ACCIONES	Servicio municipal (Ayuntamiento)	Estrategia compartida	-	X	-	X
	Servicio admón. Supraterritorial (Generalitat - ICS)	PASSIR	-	X	-	X
	Servicio admón. Supraterritorial (Generalitat - Subdirección Drogodependencias)	Piloto REDAN - PASSIR	X	-	X	-
	Servicio consorciado <sup>41</sup> (ASPB)	CAS Nou Barris	X	X	-	-

<sup>41</sup>Ver figura 24 (p. 59).

	Servicio iniciativa social	Lola, no estás sola	X	X	X	-
	Servicio iniciativa social	Metzineres	X	-	X	-
	Servicio iniciativa social	Espai Ariadna	X	-	X	-
ENTIDADES	Servicio iniciativa social	Creación Positiva	X	-	X	-
	Servicio iniciativa social	Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos	X	-	X	-
	Servicio iniciativa social	SidaStudi	-	-	X	-
	Servicio iniciativa social	Genera	-	-	X	-

**Figura 28.** Resumen de políticas, acciones y entidades que trabajan sobre los DSyR en el caso de mujeres que usan drogas. Fuente: Elaboración propia.

---

## CONCLUSIONES

En el servicio público especializado en drogodependencias de Nou Barris no existe una promoción de la salud sexual y reproductiva basada en los DSyR, igual que no lo hay en el resto de centros de la ciudad. El cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que usan drogas es una asignatura pendiente, a la que se va dando respuesta a través de pequeñas propuestas y proyectos, procedentes en su mayoría de la iniciativa social.

El problema procede de la base: no hay directrices autonómicas y la única regulación específica existente, que es municipal<sup>42</sup>, tiene una amplitud de miras insuficiente. El fundamento de esta afirmación está en que en el documento marco de dicha regulación, la Medida de Gobierno para la promoción de la salud sexual y reproductiva en la ciudad de Barcelona, no está construido sobre una mirada de género, que es la piedra angular de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En general, se puede decir que las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva abordan la cuestión de la misma manera: enmarcan su justificación en el modelo de determinantes de salud sin atender a las desigualdades estructurales, y centran los focos de interés en cuestiones muy concretas, reprimiendo con ello el carácter transversal de los DSyR. Estos focos son la fecundidad, los embarazos adolescentes, las ITS y las violencias sexuales. Evidentemente son cuestiones que han de ser trabajadas, pero han de serlo en simultaneidad con otras que, aunque tienen menor repercusión mediática, son claves para garantizar la autonomía y la libertad de las personas. Esto es especialmente necesario en los casos de las mujeres que, de partida y por motivos diversos, se encuentran en una situación de desventaja, mayor aún si acumulan circunstancias vulnerabilizadoras.

En el mapa de activos barcelonés nos encontramos con varias iniciativas potentes al respecto, cuyo impacto y éxito de participación son la prueba de su idoneidad. Estas propuestas han surgido atendiendo a necesidades específicas, algunas bajo una lógica territorial como *Metzineres* en el Raval o *Lola, no estás sola* en Nou Barris, y más allá de la red de atención a las drogodependencias. Aun así, esa red es muy necesaria, y el sistema operativo que conforma junto con entidades y otros servicios es una de las grandes potencialidades de transformación. No es necesario crear una estructura ni

---

<sup>42</sup> Aunque también existe una Estrategia Nacional de ámbito estatal, no ha sido objeto de esta investigación y por eso no se hace referencia a ella en estas conclusiones. Además, se trata de un instrumento con un nivel de concreción bajo, que hace precisas las normativas autonómicas o municipales para dar respuesta a las necesidades específicas de la ciudadanía.

recursos nuevos, sino utilizar los ya existentes convirtiéndolos en espacios de cuidado y promoción de derechos, como pretende la Subdirección General de Drogodependencias en el proyecto piloto ASSIR-REDAN en La Mina, y evaluar las acciones implementadas también formativamente.

Aunque actualmente la Estrategia de salud sexual y reproductiva no esté dirigida a proporcionar una atención integrada a las mujeres que usan drogas, se trata de una organización necesaria y provechosa, en tanto que espacio de encuentro y coproducción entre distintos/as agentes.

En cualquier caso, para poder generar políticas que integren la problemática abordada en este trabajo, es imprescindible revisar los fundamentos teóricos de la Medida de Gobierno y generar un discurso común, que incluya la voz de las iniciativas en funcionamiento, sociales y administrativas.

Es inminente también la necesidad de tener un diagnóstico que proporcione datos, sobre el cual construir las futuras acciones. Este diagnóstico podría apoyarse en los estudios e informes publicados, como los ya comentados del CEEISCAT y del Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos, pero también se necesitan nuevas evidencias respecto a las vivencias directas de las mujeres y cómo afectan al amparo de sus derechos. Sin el discurso común, no obstante, la interpretación de ese diagnóstico puede dar lugar a concepciones dispares de la problemática, volviendo al punto de partida.

La intersección del consumo de drogas en mujeres y la vulneración de sus Derechos Sexuales y Reproductivos es una cuestión compleja y multidimensional, que implica políticas transversales, acciones específicas y trabajo en red. La espacialidad del asunto requiere de estas soluciones, que superan la bidimensionalidad del papel. Es obligatorio entender la trascendencia de los DSyR en la vivencia de la subjetividad para poder salvaguardarlos, así como cuestionar la contraposición ellas-nosotras derivada del discurso académico. Las respuestas a muchas de las preguntas que nos hacemos sobre la sexualidad de las mujeres consumidoras las tenemos en nuestros propios cuerpos. La frontera entre las subjetividades es una estrategia delimitadora para el estudio, que ha de difuminarse en la práctica para no acrecentar el estigma.

En todo el proceso de investigación y reflexión Nou Barris ha ido variando su connotación como marco territorial. De la motivación de estudiar un territorio inexplorado en esta materia pasó a convertirse en un obstáculo, cuando comenzó a

percibirse la carencia de servicios garantes de DSyR. Comprender el funcionamiento de las políticas al respecto en un contexto más global volvió a situar al territorio como objeto de interés. Al poder vislumbrar que la carencia de garantías para las mujeres consumidoras era sistémica, el microsistema periférico se tornaba un elemento central y singular, al mismo tiempo que una generosa aportación a un modelo aún por construir.

Entrevistar a otros/as agentes del territorio (asociaciones de mujeres, profesionales del ASSIR, profesionales técnicas/os de la Mesa de Feminismos del distrito, etc.) habría enriquecido la investigación, pero las limitaciones temporales han conformado la selección que se presenta. No obstante, se trata de una selección representativa, que dibuja las líneas generales del panorama actual. Queda abierta la posibilidad de una propuesta formal de aplicación del modelo de acción social transversal, igual que la de estudiar la propia vivencia de los DSyR en las mujeres consumidoras del territorio, entre otras muchas cuestiones. Las líneas de investigación-acción son múltiples en una cuestión tan acuciante como la salvaguarda de Derechos Humanos básicos, los Derechos Sexuales y Reproductivos, en mujeres vulnerabilizadas por confrontar los mandatos de género.

En términos de aprendizaje personal, este trabajo ha supuesto una oportunidad inigualable de salir de la concepción más pragmática y asistencial de la Educación Social. Durante mi desarrollo formativo, la investigación ha sido una dimensión relegada a un segundo, o incluso tercer plano. Este estudio me ha hecho consciente de su utilidad en la formación académica y vital, que se fundamenta en ser un proceso continuo de toma de decisiones y, en consecuencia, de asunción de responsabilidades. Leer, analizar y entrevistar son acciones para las que los años de grado nos han entrenado. Incluso seleccionar una temática es relativamente sencillo si se atiende a los intereses e inquietudes propios. Sin embargo, elaborar un guion expositivo sin una estructura impuesta, y desarrollar una tesis que se sostenga sabiendo que quedará sobre el papel, es un compromiso mayor. En resumen, y más allá de los contenidos, este trabajo me ha aportado el placer de la consciencia sobre la libertad y la autonomía para crear un producto propio, fruto del análisis y la reflexión profundos.

Otro aporte destacable es haber podido ampliar la perspectiva desde los proyectos de escala más reducida a las políticas públicas, entrando en una nueva dimensión cuyas complejidades sirven también para comprender el mundo. Además, se trata de

una contribución innovadora en el campo de la investigación en Educación Social. Según se ha podido comprobar durante el propio estudio, apenas existe bibliografía que aborde las vulneraciones de Derechos Sexuales y Reproductivos que sufren las mujeres que usan drogas, ya que se trata de un asunto que, aunque muy denunciado por la iniciativa social, ha comenzado a ocupar las agendas políticas recientemente. Por este motivo, considero este estudio una modesta aproximación a un problema que no puede pasar desapercibido durante mucho más tiempo y, por tanto, trata de ser una aportación hacia la solución.

---

## ACRÓNIMOS

AAT	Asociación de Ayuda al Toxicómano
AAVV	Asociación de Vecinos/as
ASSIR	Atención a la Salud Sexual y Reproductiva
ASPB	Agencia de Salud Pública de Barcelona
ASPCAT	Agencia de Salud Pública de Cataluña
CAID	Centro de Atención Integral al Drogodependiente
CAP	Centro de Atención Primaria
CAS	Centro de Atención y Seguimiento a la Drogodependencia
CEEISCAT	Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña
CSMA	Centro de Salud Mental de Adultos
DGAIA	Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia
DSyR	Derechos Sexuales y Reproductivos
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EAIA	Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia
EDADES	Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España
ESSIR	Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva
ETHOS	Tipología Europea de Sinhogarismo
FCD	Federación Catalana de Drogodependencias
ICPD	Índice de Consumo Problemático de Drogas
ICS	Instituto Catalán de Salud
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar

---

ITS	Infección de Transmisión Sexual
JASP	Jóvenes y Adolescentes Preparados Sexualmente
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAM	Plan de Actuación Municipal
PIAD	Punto de Información y Atención a Mujeres
REDAN	Reducción de Daños
RIOD	Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y Adicciones
SARA	Servicio de Atención, Recuperación y Acogida
TS	Trabajador/a Social
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
XAPSL	Red de Atención a Personas Sinhogar

---



## BIBLIOGRAFÍA

Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. (2018). *Central de Resultats. Àmbit de salut mental i addiccions. Dades 2017*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Agencia Salud Pública de Barcelona. (2016). *Salut als barris diagnostic. Trinitat Nova*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Agencia Salud Pública de Barcelona. (2016). *Salut als barris diagnostic. Verdum*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Agencia de Salud Pública de Barcelona. (2017). *Pla d'Acció Sobre Drogues de Barcelona. 2017-2020*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Agencia Salud Pública de Barcelona. (2019). *Salut als barris diagnostic. Les Roquetes*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Agencia de Salud Pública de Cataluña. (2019). *Sistema d'Informació sobre Drogodependències de Catalunya Informe anual 2018*. Barcelona. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Agencia de Salud Pública de Cataluña y Federación Catalana de Drogodependencias. (2019). *Treball sobre la creació d'un instrument per a diagnosticar el grau d'implantació de la PdG en els serveis i en els programes de drogues i addiccions*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

Ayuntamiento de Barcelona. *Mesura de Govern per a promoure la salut sexual i reproductiva a la ciutat de Barcelona*. (2014). Barcelona. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Marc per a l'atenció integral en salut sexual i reproductiva*. Barcelona. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Pla de Barris de la Trinitat Nova*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ayuntamiento de Barcelona. (2016). *Pla per la Justícia de Gènere (2016-2020)*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

---

Ayuntamiento de Barcelona. (2017). *Memòria de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de Barcelona, 2015 - 2017*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ayuntamiento de Barcelona. (2017). *Distribució territorial de la renda familiar disponible per càpita a Barcelona*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Artazcoz, L., Cortès, I., y Borrell, C. (2009). Les desigualtats de gènere en la salut a Barcelona. *Barcelona Societat. Revista De Coneixement I Anàlisi Social*, (1). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Bartoll, X., Pérez, K., Pasarín, M., Rodríguez-Sanz, M. y Borrell, C. *Resultats de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018.

Borrell, C., y Artazcoz, L. (2007). *5a monografia. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación sobre género y salud*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Dahlgren, G., y Whitehead, M. (2006). *Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Davis Mattar, L. (2008). Reconocimiento jurídico de los Derechos Sexuales. Un análisis comparativo con los Derechos Reproductivos. *SUR - Revista Internacional De Derechos Humanos*, 8. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

El diari de la sanitat. (2019). Les dones que usen drogues es troben l'estigma de pensar que aquest fet les inhabilita per ser res més. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.

Federici, S. (2018). *Caliban y la bruixa*. Barcelona: Editorial Virus.

Generalitat de Catalunya. (2016). *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla director de salut mental i addiccions: estratègies 2017-2020*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

Ginzburg, C. (1994). Microhistoria: dos o tres cosas que sé de ella. *Manuscrits: Revista D'història Moderna*, (12). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

González Monfort, N., y Martín Pascual, J. (2002). Aproximació a la historiografia de Nou Barris. *Finestrelles*, 12. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

IPPF. (2009). Declaración de Derechos sexuales de la IPPF. *Revista Diálogos*, 76- (51). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

La Vanguardia. (1984). Nou barris, un distrito degradado que necesitaría mil millones para tener todas sus calles asfaltadas. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

La Vanguardia. (1984). Los núcleos antiguos imprimen carácter sobre la personalidad en un Sant Andreu aún sin cohesión. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

La Vanguardia. (1989). Las farmacias venderán un producto que ayuda a los ex toxicómanos a prescindir de la heroína. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Letelier, F. y Valdosky, f. (2019). La acción vecinal más allá del barrio: el caso del distrito Nou Barris en Barcelona. *Revista de Urbanismo*, 40, 1 -16.

Markez, I., Póo, M., Romo, N., Meneses, C., Gil, E., y Vega, A. (2004). Mujeres y psicofármacos: La investigación en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (91). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Martinez, P. (2009). *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Ministerio de Igualdad. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

---

Mazarrasa, L., Gil, S. (2007). Salud Sexual y Reproductiva. *Programa de formación de formadores/as en Perspectiva de Género* (12), 5. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Miranda-Novoa, M. (2012). *La diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género*. *Dikaion*, 21(2). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Mora Rosich, R., Moret Sabidó, L., y Ezpeleta Pastor, T. (2006). *La transversalidad como impulsora de mejoras en la administración pública*. Barcelona: Ediciones del Serbal.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2018). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

OMS. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

ONU. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

Ordorika Sacristán, T. (2009). Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Revista mexicana de sociología*, 71(4). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ortiz, D., Llatge, J., Mas, A., Sanguina, V., Talavera, M. (1988). *Propuesta de Plan de prevención de drogodependencia en el barrio de Roquetes*. Archivo Municipal Nou Barris. Barcelona.

Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Anthropos.

Pujol Martínez, F. (2002). Una mica d'història de Nou Barris. *Finestrelles*, 12. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Rebollo, M.A. (2010). *Perspectivas de género e interculturalidad en la educación para el desarrollo*. En *Género en la educación para el desarrollo*. Abriendo la mirada

---

a la interculturalidad, pueblos indígenas, soberanía alimentaria, educación para la paz. Madrid: ACNUR: Las Segovias. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

RIOD (2018). *La Reducción de daños en la intervención con drogas. "Concepto Y buenas prácticas"*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Romo Avilés, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española De Drogodependencias*, 35(3). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Romo Avilés, N., Vega, A., Meneses Falcón, C., Marquez, I., Poo, M. (2003). Sobre el malestar y la prescripción: Un estudio sobre los usos de psicofármacos por las mujeres. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(4): 372-379. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

Romo Avilés, N. (2005) Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. *Monografías Humanitas*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Revista Nueva Antropología*, Noviembre. Volumen VIII(130). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Ruiz-Cantero, M., Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Sáinz Martín, M. (2013). *Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencias*. Madrid: FUNDADEPS. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Scott, J. (2010). *Género e historia*. Ciudad de México: S.L. FONDO DE CULTURA ECONOMICA DE ESPAÑA.

Serret, E., y Mendez, J. (2011). *Sexo, género y feminismo*. Suprema Corte de Justicia de la Nación, Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, Instituto Electoral del Distrito Federal. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

Subdirección General de Drogodependencias. (2013). *Guia de recomanacions per a la prevenció comunitària en l'àmbit de les drogues*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Varela, N. (2008). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: B.

Vélaz de Medrano, C. (Coord.): Alonso, C., Díaz, M. y Ferrandis, A. (2009). *Educación y protección de menores en riesgo. Un enfoque comunitario*. Madrid: GRAO. Colección Crítica y Fundamentos.

Vilaweb. (2020). Metzineres, un exemple de com salvar vides de dones al Raval, reconegut al món. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

VVAA. (2019). *Distintas miradas y actitudes, distintos riesgos. Ellas y ellos frente a los consumos de drogas*. Madrid. Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, FAD. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

VVAA. (2016) *Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

## WEBGRAFÍA

*Infobarris*. Agencia de Salud Pública de Barcelona (2020). Recuperado de [enlace](#).

*ODS FEMINISTES | Agenda 2030 Feminista*. Agenda2030feminista.org. (2018). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

*Trastorns per Consum de Substàncies - Informe 2019*. Drets-sexuals-i-reproductius.lassociacio.org. (2020). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

Maoño, C., y Vazquez, N. (2006). *Diccionario de Acción Humanitaria*. Dicc.hegoa.ehu.es. Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 11/07/2020].

*El Pla dels Barris de Barcelona*. Pla dels barris de Barcelona | Ajuntament de Barcelona. (2016). Recuperado de [enlace](#). [Último acceso 12/07/2020].

## ANEXO 1

### **DERECHOS REPRODUCTIVOS** (IPPF, 2009, p. 7)

1. Derecho a la vida, la vida de ninguna mujer puede ser puesta en peligro por causa de embarazo o parto.
2. Derecho a la libertad y seguridad de la persona, ninguna mujer debe ser objeto de prácticas como la mutilación genital femenina, el embarazo forzado, la esterilización o el aborto forzado.
3. Derecho a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación, incluyendo el ámbito de la vida sexual y reproductiva.
4. Derecho a la privacidad, todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales.
5. Derecho a la libertad de pensamiento, en las cuestiones relativas a la sexualidad y la reproducción.
6. Derecho a la información y a la educación, incluyendo el acceso a una información completa de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de planificación familiar.
7. Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia, ninguna mujer puede ser obligada a contraer un matrimonio contra su voluntad.
8. Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos y cuando tenerlos, garantizando el acceso de las personas a métodos efectivos de anticoncepción.
9. Derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud, que incluye el derecho a no ser objeto de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.
10. Derecho a los beneficios del progreso científico, incluyendo las técnicas apropiadas en salud reproductiva.
11. Derecho a la libertad de reunión y asociación, que incluye el derecho a sensibilizar a los Gobiernos para que prioricen la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
12. Derecho a no ser objeto de tortura o maltrato, incluyendo los derechos de mujeres, hombres y jóvenes a ser protegidos de la violencia, la explotación sexual y los abusos sexuales.



---

**DERECHOS SEXUALES** (IPPF, 2009, pp. 14-21)

1. **Derecho a la igualdad**, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; y deben gozar de la misma protección de la ley contra la discriminación con base en su sexualidad, sexo o género.
2. El derecho de todas las personas a la **participación**, sin importar su sexo, sexualidad o género. Todas las personas tienen derecho a un ambiente que les permita participar y contribuir activa, libre y significativamente en los aspectos civiles, económicos, sociales, culturales y políticos de la vida humana, a nivel local, nacional, regional e internacional; y a través de cuyo desarrollo puedan hacerse realidad los derechos humanos y las libertades fundamentales.
3. Los **derechos a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal**. Todas las personas tienen derecho a la vida, la libertad y a vivir libres de tortura y de un trato cruel, inhumano y degradante; y, especialmente cuando la causa de ello sea su sexo, edad, género, identidad de género, orientación sexual, estado civil, historia o comportamiento sexual, real o imputado o su estatus de VIH/SIDA; así mismo, tendrán el derecho de ejercer su sexualidad de manera libre de violencia o coerción.
4. **Derecho a la privacidad**: Todas las personas tienen derecho a no ser sujetas a la interferencia arbitraria de su privacidad, familia, hogar, documentos o correspondencia, así como al derecho a la privacidad que es esencial para ejercer su autonomía sexual.
5. **Derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley**. Todas las personas tienen derecho a ser reconocidas ante la ley y derecho a la libertad sexual, la cual abarca la oportunidad de los individuos para tener control y decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, para elegir sus parejas sexuales y para experimentar su potencial y placer sexual a plenitud, dentro de un marco de no discriminación y con la debida consideración a los derechos de otras personas y a la capacidad evolutiva de las y los niños.
6. **Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación**. Todas las personas tienen derecho a ejercer su libertad de pensamiento, opinión y expresión en relación con sus ideas sobre la sexualidad, orientación sexual, identidad de género y derechos sexuales, sin intromisiones o limitaciones basadas en las creencias culturales dominantes o ideología política,

o en nociones discriminatorias del orden público, moralidad pública, salud pública o seguridad pública.

7. **Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico.** Todas las personas tienen derecho a gozar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, y el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales.
8. **Derecho a la educación e información.** Todas las personas, sin discriminación, tienen derecho a la educación e información de manera general y a la educación integral en sexualidad, así como a la información necesaria y útil para ejercer plenamente su ciudadanía e igualdad en los dominios privados, públicos y políticos.
9. **Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia,** así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos. Todas las personas tienen derecho a elegir si casarse o no hacerlo, si formar y planificar una familia o no hacerlo, cuándo tener hijos y a decidir el número y espaciamiento de sus hijos de manera responsable y libre, dentro de un ambiente en el cual las leyes y políticas reconozcan la diversidad de las formas familiares, incluyendo aquellas no definidas por ascendencia o matrimonio.
10. **Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños.** Todas las personas tienen derecho a medidas efectivas, adecuadas, accesibles y apropiadas de tipo educativo, legislativo, judicial y de otros tipos para asegurar y exigir que quienes tengan el deber de garantizar los derechos sexuales sean plenamente responsabilizados de hacerlos cumplir. Esto incluye la capacidad de monitorear la implementación de los derechos sexuales y de tener acceso a remedios por violaciones a los derechos sexuales, incluyendo el acceso a una reparación de daños completa a través de la restitución, compensación, rehabilitación, satisfacción, garantía de no reincidencia y cualquier otro medio.

## ANEXO 2

### A.2.1. Entrevista 1

[...]

E: Habrás visto que estoy haciendo investigación sobre la incorporación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la atención a mujeres drogodependientes, lo estoy abordando en principio también desde la perspectiva de género. Entonces te haré algunas preguntas relacionadas con esto. Y sí que es verdad también que estoy investigando un poco... bueno, en Nou Barris tenemos el CAS, pero también qué había antes, o que otras entidades se han dedicado también a esta atención, ¿vale? Entonces sí que te quería comenzar preguntando si llevas mucho tiempo en el CAS, si llevas...

TS: Desde que se abrió.

E: Desde el principio, vale, o sea que eres el súper veterano. Y, ¿se abrió en el noventa y cinco, puede ser?

TS: Noventa y dos, marzo del noventa y dos.

E: Vale, vale, genial. Me habían hablado de que... no sé si ya estabas antes por el territorio, porque me habían hablado de que había habido una unidad móvil por Porta durante un tiempo, esto me lo han dicho...

TS: Eso fue después.

E: Ah, vale.

TS: Después del CAS.

E: Y esta unidad, para poder preguntarles, ¿tengo que preguntar también a la Agencia de Salud Pública de Barcelona?

TS: Sí.

E: Vale, vale, estupendo. Gracias.

TS: Bueno, más que unidad, lo que había en Porta o hubo durante un tiempo era un programa que se llamaba Programa Recoge, que lo que hacían era intercambio de jeringas.

E: Vale.

TS: Y luego recogían jeringas porque en el barrio de Porta había una zona, que era donde está ahora el Herón City, que eso era un descampado enorme, la gente iba allí a pincharse. Compraban la droga en el Bronx, que son unos pisos que están cerca...

E: Sí...

TS: ...y de allí iban a pincharse al descampado. Entonces había un recoge... había un intercambio de jeringas y había luego un "recoge" que era gente que recogía jeringas.

E: Mmm, vale vale.

TS: Más que una unidad móvil como unidad móvil por ejemplo de dispensación de metadona...

E: Ah, vale...

TS: Era una unidad móvil dijéramos, o un programa móvil de reducción de riesgos, por llamarlo de alguna forma.

E: Porque, ¿los programas de intercambio de jeringas estaban ya establecidos por entonces?

TS: Sí, pero eso no es del noventa y dos, eso es más tarde. No sé ahora mismo dónde situarlo, pero lo situaría más bien cerca de... igual de... del noventa y siete, noventa y ocho, acercándonos al 2000.

E: Vale, vale.

TS: Más o menos, ¿eh? Porque al principio no había "recoges", ni programas de reducción de riesgos, ni salas de venopunción, ni nada de esto.

E: He visto también, leyendo cositas por ahí, que el Índice de Consumo Problemático que hay varios... creo que como siete barrios de Nou Barris que son de los que tienen este índice más alto, ¿no? Y entre ellos, el que primero se nombra en el informe es Trinitat Nova, supongo que será el motivo por el que el CAS se estableció allí en el noventa y dos.

TS: Bueno... no lo sé, no sé si se hizo aquí por eso, o porque el local ya estaba hecho...

E: Ah vale...

TS: ...el local estaba en una zona dijéramos un poco... no está ubicado entre medio de viviendas sino en una esquina donde ya no hay viviendas.

E: Vale.

TS: A partir de nosotros está la Meridiana, el puente de la Meridiana, y entonces claro... y el local ya estaba, era un local municipal de curas y vacunaciones.

E: Ah vale, qué bien, reaprovechamiento de local.

TS: Lo que pasa es que se montó no porque la administración tuviera la iniciativa, que la tuvo, para montarlo, pero que había una petición previa de las asociaciones de vecinos. Las asociaciones de vecinos de aquí, de la zona, siempre han sido bastante activas, y entonces había una comisión que la llamaban la “comidroga”, porque era una comisión de drogas en la cual había representantes de cada asociación vecinal de los barrios, y fueron los que pidieron un CAS en la zona de Nou Barris.

E: Ostras que interesante... ¿esto...?

TS: Se montó en Trinidad Nueva como se podría haber montado... pues yo que sé, en Ciudad Meridiana, lo que pasa que el local estaba aquí supongo y aquí se montó por petición de los... dijéramos de las asociaciones de vecinos.

E: Me resulta muy interesante porque el otro día también encontré en el Archivo de Nou Barris una información sobre una entidad que se llama Asociación de Ayuda al Toxicómano y que habían pedido una licencia para montar un centro de día en Verdum en el año dos mil, y...

TS: Y les dijeron que no.

E: Les dijeron que no, pero yo contacté con la asociación y me dijeron que se habían llegado a mudar a Verdum y que los vecinos les habían... bueno, que les habían amenazado y unas cosas así como muy...

TS: Bueno, es que en esa época eso pasaba bastante, por eso te digo que, a ver, esto se montó aquí, pero dijéramos...Verdum está rodeado de pisos por todos los lados, o sea, está en medio de... dijéramos, no es como nosotros, que damos justamente... por un lado damos al cinturón, y por otro lado damos a la Meridiana, o sea que estamos en una esquina, que sí que tenemos pisos por las dos partes de atrás, pero por las dos de delante no. Así que no estamos en medio de...

E: O sea que crees que la localización que se escogió también tiene mucho que ver...

TS: Además en este barrio había bastante consumo de drogas en ese momento, la población que había... tenemos un parque, por explicarte un poco, tenemos un parque bastante grande con una cancha de baloncesto y futbito aquí detrás de nosotros, que en la época que nosotros empezamos a trabajar aquí no había niños. Pero no había niños no porque no los bajaran, sino porque realmente no había población joven con hijos. La mayoría de la población que había en esta zona donde está el CAS, era población mayor, y toxicómanos.

E: Vale...

TS: Era la mayoría de lo que había. Ahora por ejemplo no, ahora por ejemplo hay muchos pisos que hay gente joven con... el parque lo han arreglado, si vas al parque... ahora no, porque estamos como estamos<sup>43</sup>, pero en una época normal hay

---

<sup>43</sup>Hace referencia al confinamiento, dentro del estado de alarma causado por la Covid19.

niños... y antes lo que había en el parque eran toxicómanos. Nada más. Pero tampoco había niños en el barrio.

E: Qué curioso que no hubiera niños en el barrio porque bueno, la idea que tenía de Nou Barris en general, que son muchos barrios y es muy generalizador...

TS: Yo estoy hablando del año noventa y dos, ¿eh?

E: Ya ya... era como que siempre ha sido un barrio obrero de familias ¿no? Pero...

TS: Claro, lo que pasa que fue un barrio obrero de familias que en los ochenta fue muy castigado por la droga entonces la mayoría, la mayoría, la mayoría de los hijos de esos ancianos que vivían en el noventa y dos allí, la mayoría o huyeron del barrio, o los que estaban es porque tenían problemas de drogas y se quedaron.

E: Ya, ya... Sí, si en el barrio...

TS: No es que no hubiera niños, es que no podía haberlos porque no había familias jóvenes. Sin embargo, luego eso sí que ha empezado... el barrio empezó un poco a... lo reformaron. Los parques los arreglaron a partir de que se hizo el cinturón, y entonces la cosa ha ido cambiando, el tema de las drogas también ha cambiado, el tema de la heroína ya no es ni mucho menos lo que era en esa época, entonces todo eso ha hecho que el barrio mejorara bastante.

E: Sí, y además ahora con esto del Plan de barrios también, que Trinitat Nova está también incluido en este programa del Ayuntamiento.

TS: Sí, sí. Aparte hay una zona que han tirado las casas y han hecho pisos nuevos, bueno... de hecho hay una parte que la tienen que tirar, les queda poco ya, pero... vamos, lo tienen que tirar todo.

E: Y... una cosa, visto que el CAS fue iniciativa de la “comidroga” que me decías, ¿el centro sigue manteniendo algún tipo de contacto, vinculación o coordinación de alguna manera con las asociaciones de vecinos? O fue...

TS: Eso de la “comidroga” yo creo que eso desapareció con el tiempo.

E: Vale...

TS: Yo ahora mismo no tengo constancia de que... Sí que hay otras historias como la *taula* de salud del barrio, donde participan los vecinos, y las asociaciones, y participamos nosotros y todas las entidades o instituciones que hay en la zona. Pero como comisión de drogas específica yo creo que eso desapareció.

E: Vale. Pues, ¿te importa si te hago algunas preguntas en concreto sobre el CAS? Porque tampoco he encontrado mucha información en internet, pero bueno, si me puedes explicar un poquito el resumen de qué programas ofrecéis a las personas usuarias.

TS: Bueno, programas hay... los programas que tenemos están repartidos por el tipo de droga.

E: Vale. O si me dices que hay...

TS: Hay sustitutivo de opiáceos, de metadona, por ejemplo, hay programas para cocaína, programas para cannabis, programas para personas con patología dual, programas de drogas más... programas de salud mental, tenemos programa de ayuda familiar, grupos de padres, grupos de alcohol, grupos de cocaína... Bueno, hay toda la variedad de programas.

E: Según la problemática, digamos, que identificáis o que presenta la persona, pues se adhiere a un programa o a otro entiendo, ¿no?

TS: Sí, nosotros somos los mismos, lo que pasa que los pacientes los tenemos en un programa o en otro. Depende en el programa que estén, participan unos profesionales o otros, o todos.

E: Vale, vale. Y estos programas ¿tienen alguna duración? ¿O cada uno tiene una duración diferente y depende de la casuística de la persona?

TS: Los programas son individualizados, entonces no hay... no podemos hacer estimaciones globales de estas historias. Hay pacientes que a lo mejor entran en un programa, y a mitad de camino pasan a otro.

E: Vale, y ¿hay algún programa que...

TS: A lo mejor alguien tiene un problema de cocaína y está en el programa de cocaína y a medio camino tiene un brote psicótico producido por la cocaína o porque ya estaba predispuesto y lo tiene, entonces pasaría al programa de patología dual, entonces entraría a trabajar en el tema un psiquiatra. Es que el problema de las drogas es muy plástico, y va variando...

E: Ya...

TS: A lo mejor hay pacientes que en un momento dado no tengo que hacer un seguimiento estricto con ellos y de golpe pues resulta que aparece que tienen una medida penal alternativa, y entonces pues lo tengo que llevar yo también, le tengo que controlar todo el tema de la medida penal, hacer informes... el tratamiento en las drogas es muy plástico, los programas están, pero los pacientes se pueden ir moviendo de uno a otro, en función del momento.

E: Vale... y ¿hay algún programa que trate específicamente a mujeres o se van insertando en los otros?

TS: Bueno, lo que hacemos es cuando llegan al principio les pasamos el test de detección de violencia de género, entonces lo que sí que tenemos... yo no sé si está titulado como programa, pero sí que lo tenemos como protocolo. Tenemos un protocolo para el tema de la violencia de género, entonces tenemos una psicóloga

que es la referente y la responsable del distrito a nivel de drogas, que va a las reuniones con... cada vez que... me parece que van una vez al mes, que hacen las reuniones con las instituciones que hay en la zona, por el tema de la violencia de género, y esta psicóloga es la que en principio, si hay algún caso de violencia de género lo lleva ella.

E: Vale, y entonces entiendo que, de profesionales en el CAS, estás... bueno, estáis trabajadores sociales, psicólogos...

TS: Hay médicos, psicólogos, psiquiatras, educadores y enfermeros.

E: Vale, un equipo interdisciplinar, sí.

TS: Sí bueno, es que el problema de las drogas es variado.

E: Sí, es lo que tú dices, tiene tantas dimensiones que hay que mirar a todas partes a la vez. Entonces, volviendo a las personas usuarias, las vías de acceso al recurso qué es, ¿la persona se presenta ahí, pasa a través del CAP, de servicios judiciales?

TS: Sí, el acceso es por derivación o directo, sí. Se puede llamar por teléfono, se dan los datos y se les da visita. O pueden llamar de otro recurso pidiéndonos visita para una persona.

E: Y la derivación ¿tenéis algún servicio del que se os deriven más? Del CAP, o del CSMA... ¿sabes lo que te quiero decir? O sea, si hay alguna vía que...

TS: Hombre, de donde más nos derivan, evidentemente es desde los CAP, porque claro, no... CSMA aquí en la zona de Nou Barris nada más tenemos el Norte y el Sur, tenemos dos, pero claro, CAP hay un montón.

E: Ya...

TS: Evidentemente que si buscáramos quién deriva más, pues lo CAP porque hay muchos más.

E: Sí, y además el CAP es la primera... es el primer filtro, digamos, ¿no?

TS: Y aparte, es que hay muchos más, entonces claro, si cuentas la cantidad de población que pueden atender en un mes entre todos los CAP pues no es lo mismo que la que atienden en el centro de salud mental o el servicio de infancia de la zona o cualquier otro servicio.

E: Y, ¿qué modelo de intervención utilizáis? ¿Biopsicosocial? ¿Sistémico? He leído sobre varios modelos, no sé si tenéis alguno en concreto a nivel educativo, pedagógico, o cada programa tiene su propio modelo, cada profesional sigue sus propias pautas.

TS: A ver, eso es bastante complicado...



E: Sí, esta pregunta es de las difíciles.

TS: Así en general, claro, cuando se habla de modelo muchas veces hablamos de modelos psicológicos, pero es que los médicos no son psicólogos.

E: Ya, ya...

TS: Los trabajadores sociales no somos psicólogos, y los psiquiatras tampoco. Entonces, cuando hablas de modelo sistémico pues tiene más que ver con el tratamiento psicológico, más que con el médico. El médico lo que hace es un tratamiento orgánico.

E: Sí, claro, sí, sí.

TS: A nivel psicológico depende del paciente, todos los modelos psicológicos de abordaje de las drogas son efectivos dependiendo del paciente. Hay pacientes que les puede funcionar mucho más un modelo sistémico, o un modelo psicoanalítico, o bueno, depende. Depende.

E: Vale, vale.

TS: Pero así en general, yo diría que, no sé, más bien entre cognitivo-conductual y según como pues algo psicoanalista, aunque se den de tortas uno con el otro.

E: Vale. Bueno, es que es compleja la cuestión...

TS: Es lo que te digo, que, en psicología, claro, las teorías y los marcos teóricos tienen que ver mucho con cada tipo de paciente, puedes tener un paciente que realmente sea muy reflexivo, y sea capaz de hablar mucho, y de pensar mucho, y a lo mejor a este señor el psicoanálisis le va de coña. Pero si es un señor cerrado que no habla, que no dice nada, y que él lo que quiere nada más es que le den pautas de lo que tiene que hacer, pues este señor con una terapia cognitivo-conductual va a funcionar mucho mejor. Entonces, yo creo que lo que hay que hacer, lo que hacemos nosotros, pues es intentar ver lo que le va mejor al paciente.

E: Vale.

TS: Pero claro, luego está el tema de que el médico no tiene porqué entrar, dijéramos, dentro de ese tema. Sí que es verdad que cada profesional tiene un cierto tinte, y entonces cada uno tiende más hacia una disciplina y una teoría diferente a otro. Pero bueno, en general, yo diría que en el tema de drogas como lo que intentamos es de alguna manera es educar a la gente para que de alguna forma aprenda a vivir en sociedad sin consumir drogas pues en general diría que sería más cognitivo-conductual. Intentar que la gente venga a sus horas, intentar que la gente cumpla con lo que se le pida, sin castigar, sin llegar al castigo, evidentemente. Pero un poco iría por ahí. Luego en la terapia depende, depende del paciente. Igual se puede tener más una tendencia, esa parte cognitiva, o la parte psicoanalítica. Depende.

E: Vale.

TS: Lo que sí que tenemos claro es eso, no a todo el mundo le sirve lo mismo.

E: No, está claro que no...

TS: A nivel psicológico.

E: Sí, que además intentar utilizar el mismo modelo puede ser un error de base por eso, por lo mismo que tú estás diciendo, claro. He leído en el informe del Sistema de Información de Drogodependencias en Cataluña que aproximadamente, el 80% de los usuarios de los CAS son hombres, y el 20% mujeres. ¿Tú crees que este porcentaje se adecua...

TS: Correcto.

E: ... al CAS de Trinitat Nova?

TS: Correcto, correcto. En general es así.

E: Y, ¿hay alguna medida que tengáis como para facilitar o incentivar, digamos, el acceso de mujeres al CAS? Porque es un porcentaje muy bajito, el veinte...

TS: Sí, es un porcentaje bajo. Yo creo de todas maneras que ahora algo más ha subido, porque, así como cuando la heroína era el porcentaje más alto de drogas en tratamiento era la heroína, ahora la droga es el alcohol y la cocaína. Entonces yo creo que hay más mujeres. Ahora ese porcentaje del 20% se está quedando corto y está aumentando.

E: Vale, vale.

TS: Claro, programas para aumentar que vengan más las mujeres, pues la verdad... en especial no, no tenemos nada en especial. Lo que tenemos son las puertas completamente abiertas y el sistema de entrada no requiere ninguna derivación.

E: Sí, me refería más a si había algún tipo de actividad como de llamada, no sé cómo decir. Vale, y una vez que están dentro del CAS las mujeres, ¿hay alguna actividad? Ya me has dicho que programas específicamente no, pero alguna actividad que hagáis que sea no-mixta, que sea específicamente para mujeres.

TS: No, solo para mujeres no.

E: Vale.

TS: Las actividades son conjuntas. Estuvimos un tiempo pensando en montar un grupo solo para mujeres, un grupo de cocaína y alcohol solo para mujeres, lo que pasa que es complicado porque claro, los grupos tienen que tener un número determinado de personas integradas en el grupo, entonces claro, no puedes montar un grupo con tres personas.

E: No, no claro.

TS: Entonces como el porcentaje de mujeres es más bajo pues es complicado. Ahora mismo los grupos son mixtos, entonces en los grupos de alcohol y cocaína te encuentras ese porcentaje más o menos, a lo mejor de cada diez pues hay tres mujeres, dos mujeres... entonces claro, no puedes montar un grupo con tres mujeres.

E: Ya, ya. No, no.

TS: Porque casi es una terapia individual. O sea, no hay un *feedback* entre ellos como para que el grupo sirva.

E: Y estas mujeres que suelen ser eso, dos o tres en grupos de diez, tú cuando dinamizas estos grupos, ¿están cómodas? ¿no hay resistencias?

TS: En principio sí, las que van a los grupos están bastante estables. Vienen generalmente las mismas.

E: O sea que no hay ninguna resistencia por ahí. Genial. Y una cosa, ¿las condiciones de acceso al CAS...? Porque ya me has dicho que es o directo o por derivación, pero para adherirte a un programa me imagino que tendrás que cumplir alguna condición, ¿no? Aparte de estar empadronado en la zona, no sé si...

TS: Bueno, hay que estar viviendo en la zona, en la zona de Nou Barris.

E: Y respecto al consumo, ¿hay alguna condición?

TS: No, ninguna. Es precisamente que haya algún problema de tóxicos. Da igual qué tipo de tóxico sea. Pero que sea un tóxico, claro.

E: Vale, vale. O sea que cuando la gente va a hacer un proceso de deshabituación o a dejarlo, no tiene que venir ya, o participar en los grupos sin estar consumiendo, a eso me refiero.

TS: No, no... al contrario. Nosotros somos el primer escalón de la red de drogas, aquí la gente generalmente llega precisamente estando en consumo activo, por norma general, porque si no, no vendrían, claro. Es muy raro, igual tienes algún caso que viene, pero son casos que a lo mejor han hecho algún tratamiento en otros sitios, o a lo mejor vienen abstinentes porque han salido de una comunidad, o porque se han trasladado a vivir aquí pero ya estaban en otro CAS, pero generalmente la gente que inicia un tratamiento, cuando lo inicia está consumiendo, por norma general.

E: Y, volviendo otra vez a las mujeres, ¿tú crees que tiene alguna relevancia o importancia a la hora de participar en los programas, que sean madres, o que deseen ser madres, o que tengan que cuidar de otras personas mayores o personas a

su cargo? El tema de los cuidados en las mujeres normalmente es un tema como complejo, que también influye mucho en si participan más o menos en el servicio que ofrecéis vosotros.

TS: Bueno, más que... los problemas cuando hay consumo, más que problemas con el tema del cuidado de los niños, que es lo que más podemos tener, el problema básicamente es ese, es que no pueden cuidarlos en esas condiciones. No es que por cuidar a los niños no puedan tratarse, sino que más bien a veces es un poco a la inversa. La mayoría de las mujeres que tenemos con hijos y están en tratamiento, una parte de ellas, evidentemente no todas, están porque son derivadas por los servicios de infancia. De alguna manera están aquí de manera obligada, para justificar que no están consumiendo, y que están haciendo un tratamiento porque tienen a los hijos a lo mejor en algún centro de acogida, o porque los tienen en casa, pero tienen que justificar que no consumen.

E: Vale.

TS: Claro, el tema de las drogas no siempre es sinónimo de que alguien no pueda cuidar a otro. Hay gente con problemas de drogas que cuida a los demás, que trabaja... Bueno, hay de todo. Hay personas que cuando hay consumos de drogas dejan todas sus responsabilidades entonces claro, si es una madre con hijos... pues claro, si estos hijos van al colegio, mal, pues siempre hay estamentos sociales que están controlando a sus hijos, porque están los pediatras, están muchos servicios que ven a esos niños. Si esos niños no están en condiciones pues va a haber una denuncia en un momento u otro.

E: Claro, claro.

TS: Si hay un problema de drogas van a tener que venir al CAS no porque ellas quieran, sino porque no les van a devolver a los hijos porque se los han retirado, o si los tienen pues se los podrían retirar si no hacen un tratamiento.

E: Y, ¿es más difícil realizar un tratamiento con alguien, con una persona que va, como has dicho tú obligada, entre comillas, por los servicios de infancia?

TS: Claro, es más difícil, pero hay muchas soluciones más. Si alguien entiende que tiene un problema, e intenta tratárselo, ya partimos de una base de una voluntariedad ¿no? y de unas ganas de intentar cambiar. Cuando te obligan, pues bueno, mientras estás cumpliendo la obligación pues siempre tenemos los

profesionales la esperanza de que esa chispa se despierte, ¿no? Que la persona se dé cuenta de que realmente, al margen de que haya venido obligada, pues que de alguna forma sí que es verdad que ese consumo le estaba perjudicando y que lo mejor sería aprovechar el tiempo para cambiar de estilo de vida. Pero claro, eso en principio no se da, porque en principio lo que se da es el temor a que me retiren a los hijos, o el temor a que me quiten las visitas, entonces empezamos con un temor que realmente para el tratamiento no es muy bueno, pero bueno, pero es que no hay más. Tampoco los otros servicios pueden hacer otra cosa.

E: No, no, claro.

TS: Por ponerte un ejemplo, cuando hay maltrato prenatal, o sea cuando una mujer por ejemplo tiene un crío, y el crío está en la maternidad y lo ven muy nervioso, entonces le hacen pruebas a la madre, pruebas al crío, y resulta que le encuentran drogas al crío, ¿qué pasa? Pues claro, que hay maltrato prenatal, y claro, pues ha habido un consumo antes de parir, entonces claro, muchas veces depende del tipo de consumo que sea, el tipo de droga que sea pues a lo mejor hay una retirada de ese bebé. Pero claro, no pueden hacer otra cosa, no se lo pueden dejar.

E: Ya, no, claro.

TS: Entonces esa madre va a venir obligada, con ganas en general de solucionar el problema, pero obligada porque le han retirado al hijo. No es lo mismo eso que venir de forma voluntaria, evidentemente. Pero bueno, siempre hay la posibilidad de que durante el tiempo que dure el tratamiento, consigamos, o el paciente consiga despertar esa idea de que hay que cambiar de estilo de vida.

E: Bueno, sí, es un trabajo profundo pero bueno, supongo que en muchos casos sale bien. Qué lugar dirías tú que ocupa la sexualidad... para ponerme dentro del marco de lo que estoy estudiando, los Derechos Sexuales y Reproductivos, ¿qué lugar crees que ocupa la sexualidad dentro de la intervención profesional? Es decir, hasta qué punto se tiene en cuenta, si hay algún taller o material informativo sobre temas de salud sexual en el centro, al alcance de las personas usuarias, si os coordináis con algún servicio de atención a esta salud sexual y reproductiva... a esto me refería.

TS: Sí, bueno, hay cartelitos con todo el tema sexual, y sobre todo con la prevención de enfermedades. Y luego hay servicios con los que estamos en contacto, con servicios que tienen más que ver con tema de mujeres embarazadas más que con la sexualidad, por el tema del embarazo con el consumo de drogas, porque a nivel prenatal y a nivel... son mujeres que tienen que estar de alguna forma controladas mientras está el embarazo, entonces sí que hay algunos programas en Vall d'Hebron, en el Hospital del Mar también por ejemplo sí que llevan a personas, mujeres vamos, embarazadas con consumos de drogas.

E: Vale.

TS: A nivel de tema sexual más que nada lo que hay es para prevenir enfermedades.

E: Vale. Y ¿vosotros dispensáis preservativos?

TS: Sí, sí. Tenemos en enfermería, tenemos dispensación de preservativos. Todo el que quiera puede recoger.

E: Vale... ¿Tú crees que hay alguna necesidad en referencia a esto de la salud sexual, más allá del embarazo, que se pueda generalizar, que os encontréis de una manera generalizada entre las usuarias?

TS: No, yo diría que no.

E: Tengo una pregunta más, y ya está. Sí, si os encontráis con muchas mujeres que vienen de situaciones de violencia y vuelven a ellas al cabo del tiempo, es decir, con el mismo compañero o con otro, porque es algo que también he estado leyendo, que muchas veces el consumo de drogas va asociado de alguna manera a la violencia, según la autora o el autor que leas pues hacen una aproximación u otra, pero sí que leía que se da recurrentemente esto.

TS: Bueno, sobre todo con el consumo de alcohol. El consumo de alcohol del maltratador y el consumo de alcohol de la víctima para aguantar al maltratador.

E: Ah, vale.

TS: Muchas mujeres de las que tenemos pues hay un consumo, sobre todo de los casos que nos derivan de SARA, muchas veces son mujeres con problemas de alcohol. Que supongo que la mayoría de los casos el consumo de alcohol es algo para soportar la situación. No sé si me habías preguntado eso o...

E: Sí, eso es una parte de la pregunta, y la otra parte de la pregunta es si os encontráis con mujeres que salen de situaciones de violencia o que están saliendo de ellas cuando acuden al CAS, si al cabo de cierto tiempo vuelven a, ya no tanto a recaer en el consumo, que también puede ser, sino en situación de violencia.

TS: Si vuelven a caer en el sistema de relación con los hombres.

E: Exacto, sí.

TS: Bueno, yo creo que eso está cambiando, sinceramente. Años atrás sí que había más... tampoco hay un estudio hecho, no es algo científico lo que te voy a decir, pero yo a ojo de buen cubero, sí que he notado un cambio en que ahora hay menos mujeres que vuelven con los maltratadores que antes. Pero bueno, yo creo que eso tiene que ver con que antes había menos servicios, y menos información, y menos posibilidades de poder apartarse del maltratador. Y ahora pues cada vez hay más, entonces claro, yo creo que estas mujeres, aunque tengan una tendencia a volver con el maltratador, si hay más servicios que puedan trabajar con ellas, hay más recursos donde las puedan acoger, pues esto va cambiando. Yo creo que hay menos. Al principio era... al principio yo creo que era bastante habitual, al menos los casos que nosotros veíamos en el CAS que eran de drogas. Entonces claro, con la entrada en el SARA, y con todas estas historias yo creo que todos estos servicios que se han

prestado a las mujeres que sufren maltrato pues también les ayudan a tomar una decisión diferente. Yo me imagino cuando había menos servicios de este tipo y menos apoyo, claro ¿una mujer qué hacía? Se iba de casa y ¿qué hacía?

E: ¿Y a dónde te ibas?

TS: Tenía que dejar a los hijos en casa con el maltratador, y marcharse ella, ¿a dónde?

E: Sobre todo si tenías algún problema también de consumo, que probablemente tu familia te habría rechazado...

TS: Y estoy hablando de mujeres sin problemas de consumo, si hay problemas de consumo pues ya... metemos otros problemas más por medio. Yo creo que eso ha mejorado, ha mejorado. Creo que había algo erróneo en el diagnóstico que se hacía años atrás, que yo creo que era el diagnóstico de decir que esas mujeres tienen un tipo de personalidad que les hace repetir el patrón. Bueno, a lo mejor sí, pero si alguien repite un patrón y tú pones medios y alternativas para que no repitan el patrón a lo mejor rompen el círculo vicioso.

E: Claro, claro.

TS: Y yo creo que es lo que ha pasado, que cuando tú pones herramientas... es un poco como el problema de las drogas, si tú pretendes que la gente deje de tomar drogas sin tratarlos pues va a ser difícil.

E: Bueno, y que además el problema de las drogas también muchas veces, y lo sabes tú mejor que yo, bueno, la multidimensionalidad que tiene es que, si vives en situación de marginación, o de pobreza, maltrato, que hay muchos condicionantes a tu alrededor que aparte de tener acceso a la sustancia o no...

TS: Claro, con el tema del maltrato pasa lo mismo, hay muchas cosas alrededor. Te encuentras a una mujer que a lo mejor no ha trabajado nunca, el maltratador la está manteniendo, los hijos los tiene en casa, y claro, cada vez que se plantea dar un paso tiene un montón de problemas para dar un paso.

E: Sí, sí.

TS: Entonces claro, como todo eso poco a poco cada vez es más fácil poder denunciar a la policía, es más fácil poder contactar con algún servicio que le presten información, ayuda... Por ejemplo, está el servicio de información a la mujer, que es un servicio que funciona muy bien, hay mujeres que a lo mejor no se atreverían a dar el paso, y a través de este servicio, pues viendo que hay asesoría jurídica, que les pueden informar, que tal...

E: Estos son los PIAD, ¿no?

TS: Sí, sí, los PIAD. Entonces a través de estos servicios por ejemplo que no son tanto aquello de decir... porque por ejemplo tú a una mujer que sufre maltrato le dices

“mire, tiene que ir usted allí al SARA, que es el servicio para las mujeres maltratadas”, igual se asusta.

E: Sí...

TS: Igual dice, “uy me están liando, me van a hacer denunciar, y al final va a ser peor”. Pues a lo mejor un punto intermedio, está este servicio de información a la mujer que ahí pues hacen grupos, hacen talleres, y dijéramos que van más poco a poco. Lo que yo sí que creo que es real es eso, en la medida en que se han ido abriendo servicios, al menos en el tema de drogas que es lo que yo conozco, supongo que en el otro también, en las mujeres sin problemas de drogas, en la medida que se han abierto servicios específicos para estas mujeres, si han podido también acceder a servicios más normalizados de la mujer, pues todo esto ha ido cambiando un poco. Queda mucho por hacer, pero ha cambiado.

E: Si tú que llevas desde tanto tiempo notas que algo ha cambiado, eso es buena señal.

TS: Sí, lo que yo creo que ha cambiado es precisamente la pregunta que tú hacías, si se sigue repitiendo tanto. Yo creo que se repite menos. Al menos desde lo que yo veo aquí, claro. Esto, por ejemplo, si se lo preguntas en recursos específicos, allí sí que te podrían responder cómo lo ven ellos. Si a ellos les ha ido cambiando en la medida que desde que empezaron a trabajar hasta ahora, si ha habido algún cambio en cuanto a las mujeres que recaen en volver con el maltratador.

E: Y una cosa...

TS: Yo creo que sí, ¿eh? Pero claro, desde lo que yo veo aquí. Claro, yo no veo a todas las mujeres que tienen ellos.

E: También es verdad que los recursos que existen ahora visibilizan algo que ya sucedía. Que parece que a veces se dice, “uy es que ahora hay muchas mujeres con problema de consumo y maltrato”. No, es que antes no...

TS: Antes también había, lo que pasa que una mujer con un problema de alcohol cubría el tema bebiendo y ha estado bebiendo hasta que se ha puesto en tratamiento. Pero claro, cuando no había estos servicios pues no se podía poner en tratamiento.

E: ¿Sabes de alguna asociación de vecinos que tú pienses que podría contactar? Es porque la información que me has dado hoy es súper valiosa porque además es la primera entrevista que hago para este TFG, y me vendría bien tener alguna otra.

TS: Yo contacto directo con las asociaciones del barrio no tengo, los contactos que tenemos son a través de las comisiones que hacen, la taula de salud y todo eso, pero así como reuniones directas no hacemos. Sí que las hubo en su día, cuando se abrió el CAS en el año noventa y dos, que teníamos reuniones directas con la



---

“comidroga” para informarles de cómo iba yendo todo, de la implantación del CAS, pero eso quedó muy atrás.

[...]

### A.2.2. Entrevista 2

[...]

DO: Bueno, a ver, yo te puedo contar... Primero te dije que tengo una idea nebulosa de aquella época, porque claro, estamos hablando de treinta y pico años. Y... entonces, a raíz de que me enviaste el documento que me leí y tal, yo también pensé “ala, que completo”, y luego enseguida pensé, “seguro que todo esto no lo hicimos. No, no puede ser, ¿no?”. Entonces le vas dando a la cabeza, pero a ver “¿de esto hicisteis algo?”. Entonces, lo que recuerdo es que en esos años, yo estaba digamos, primero que era al inicio de cuando se estaba empezando a trabajar con el tema de drogas. Hasta entonces no había sido un problema. Bueno, el alcoholismo siempre ha estado ahí, por supuesto, pero con el tema de drogas ilegales bueno... pues eso, a partir de los años setenta-ochenta, y en los ochenta se empieza a ver como un problema de salud o como algo a abordar, con lo cual muchos de los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores... no sé si en aquel momento, iba a decir, ni si había.

E: La educación social se oficializó a principios de los noventa.

DO: Vale. Bueno... entonces en aquel momento, había... supongo que cuando hice ese documento yo debía estar contratada por APAT que era una asociación, es como funcionan ahora también. Todavía los centros de toxicomanías que son subrogados por ayuntamientos o... en fin, instituciones públicas, y en aquel momento ya era así. Entonces digamos que empezaron a abrir los CAS, que entonces eran CAID, era otra nomenclatura, y se empezaba a trabajar a nivel clínico y bueno, pues se empezó a pensar en la prevención. Bastante en paralelo, diría yo, ¿eh? De hecho, yo, que estuve pues... unos doce años más o menos, porque ahora ya hace mucho que estoy en otros ámbitos ¿no? Pero en esos momentos sí que fueron doce años donde fui alternando el trabajo clínico en alguno de esos CAID y la prevención. Entonces, tal y como estaba planteado en aquel momento el tema de la prevención, las personas que nos dedicábamos al tema, nos ubicábamos físicamente en los... ahora no sabría... bueno, en los distritos, dijéramos ¿no? De hecho, yo trabajé también en algún otro distrito, en algún otro momento, porque la idea era pues eso, tener alguien especialista, que es un decir, porque en aquel momento las cosas se hacían por ensayo y error, no había especialistas, eh... digamos que personas motivadas o interesadas en hacer algo con el tema. Entonces nos ubicábamos en los distritos, y la idea era pues hacer ese trabajo conjunto con otros profesionales, que sinceramente, yo me miro las otras personas de este documento, y me sabe mal decirlo, pero no las tengo muy presentes. Entonces yo pensaba, y eso... ¿qué ha pasado ahí? Y yo creo que lo que ha pasado ahí, es que no eran personas con las que yo compartía mi día a día, sino que... pues igual era una trabajadora social, otro

---

psicólogo de otro ámbito o algún maestro, o alguna otra entidad... imagino que las cosas iban por ahí. Y entonces, ya digo, el trabajo se hacía mucho desde el distrito y se empezaba pues conectando con las fuerzas vivas de la comunidad, que no sé si ahora se habla en esos términos, pero entonces era así, y a raíz de ahí pues se hacía una propuesta ¿no?

E: Ahá...

DO: Y de esta propuesta, claro yo pienso que es súper amplia porque yo creo que, con este proyecto, leyéndolo, dices “bueno, es que esta gente quiere cambiar la sociedad, quiere cambiar el mundo”. Y ya ves lo que hemos cambiado, aquí estamos, pero bueno. Eh... la idea, digamos que es esa, pero luego eh... claro, si estamos hablando de la oferta, la demanda... son ámbitos muy diferentes ¿no? Y ahí yo... bueno, creo que también pues está bien ampliar el foco, luego está bien ver qué puedes hacer.

E: Sí.

DO: Entonces, si yo pienso en las cosas o las que me van viniendo un poco a la mente como nebulosa, ya te digo, eh... digamos que donde más pudimos incidir fue pues porque también había más abertura y era más fácil con el tema de... bueno, digamos que más dirigido a la demanda, porque lo que tiene que ver con la oferta tiene que ver más con el control policial, y bueno, ámbitos que a nosotros nos quedaban más alejados ¿no? Aún así, también estábamos en contacto, eso es verdad ¿no? Que intentábamos coordinar o poner en común. Y... entonces pues diría que la escuela, que era un poco como el lugar privilegiado para hacer prevención, todavía eso es algo que todos tenemos en mente, que si queremos prevenir algo tiene que empezarse desde abajo. Y ahí, yo sí que recuerdo de haber trabajado, con maestros y con padres ¿no? En la línea de... iba a decir de ampliar la mirada de la prevención, que yo creo que es algo que se sigue manteniendo ahora ¿no? Que cuando se hace prevención no solo es de drogas porque en realidad era una mirada hacia potenciar una salud mental podríamos decir.

E: De hecho, en el documento lo decís, ponéis en uno de los objetivos creo que es o en finalidades, “mejorar la calidad de vida de las personas del barrio” que es una manera amplia de desenfocar el consumo de drogas que estigmatiza y todo esto ¿no? Como hacerlo desde ese foco más amplio, sí.

DO: Exacto. Y luego porque bueno, en función de las edades de los niños, en aquel momento... yo creo que ahora quizá menos, porque ya desde más pequeños hay acceso a mucha más información, pero en aquel momento no era así, la información tampoco era tan fácil de que llegara a los niños. Yo diría que en algunos aspectos quizá estaban más preservados. Pues un dilema siempre era si dar información que luego se podía volver en contra, es un poquito como dar información que les sobrepasara. Con lo cual, cuando se hacía prevención de drogas en la escuela, casi siempre, si hablamos de niños, siempre nos enfocamos en el tema del alcohol, del tabaco, pero también eso, de potenciar una vida saludable, buenos hábitos, el autocuidado... esa idea más general de salud mental. Quizá cuando trabajábamos

---

con adolescentes o bueno, en este caso a través de los institutos, pues ahí abríamos un poquito más el abanico con aquello... bueno, con tema de porros que ya hacía tiempo que estaba sobre la mesa, y otro tipo de drogas pues bueno... yo diría que también intentamos ser cuidadosos porque el tema de los porros era un poco como la entrada a otro tipo de consumos ¿no? Pero... yo diría que nos movíamos bastante de una manera prudente. De hecho, un debate que siempre estaba sobre la mesa también era eso ¿no?, hasta dónde dar información, y el otro debate que en ese momento estaba sobre la mesa y que se ha ido aparcando o que no acaba de estar solucionado era el tema de los aspectos a favor y en contra de... de legalizar, bueno, determinadas drogas. Cuando se hablaba de legalizar se hablaba del cannabis básicamente, con las otras drogas no se planteaba, o no en aquel momento. Bueno, entonces eh... pues yo diría que... eso, que las escuelas era uno de los lugares... de hecho, recuerdo haber hecho... pero fíjate no tengo ni idea de dónde debe estar... algún material específico... que luego con los años se han ido haciendo muchas cosas del tipo... pues no sé había... eh... es que me estoy acordando ahora de personajes que eran frutas y verduras, y un poquito... el colorear o pintar, el ir introduciéndolo también como dentro de las otras materias. Eso también era importante. No hablar de una clase de prevención de drogas, bueno, eso no existía y no era esa la idea, sino, el cómo cada profesor o en función de cada materia, cómo podía ir introduciendo esas ideas que al final son las que van calando, tacita a tacita, día a día, esa era la idea. Entonces sí que recuerdo haber hecho algún material específico que luego nosotros lo dábamos a los profesores y que cada cual lo introducía porque bueno... los profesores pobres, se les pide tantas cosas, ya era así antes y me parece que sigue siendo así. Pues bueno... intentamos que no lo vivieran como un trabajo extra ni como una manera de hacer muy dirigida, sino respetando el que ellos lo pudieran hacer a su manera, y normalmente la respuesta por parte de la escuela era buena, de los profesores.

Luego bueno, está el tema de los padres, que ahí también, creo que en ese momento había mucha preocupación, por el tema de... iba a decir yo creo que ahora sería una preocupación similar a lo que ahora está pasando con las nuevas tecnologías. Pienso que cada generación acaba teniendo sus problemas y sus... bueno. Y yo diría que en aquel momento pues eso ¿no?, el “que mi hijo no se drogue, cuando sea adolescente o sea mayor”. Ahora sería “mi hijo está muy enganchado a las pantallas” ¿no? y si eso es ya una adicción o no. Estamos hablando de otras adicciones, pero el otro día lo pensaba, porque precisamente ahora con el confinamiento, claro, además esto... que el ordenador es un elemento que sirve para todo, para aprovecharlo, para desaprovecharlo ¿no? Pues hablamos que, todo lo que nos distrae, nos evade, nos produce placer de algún tipo, tiene la capacidad de... o hay el riesgo de que genere una adicción. Y... bueno, te contaba antes el tema del control de policía y tal, también recuerdo... de hecho con la Guardia Urbana habíamos hecho algún proyecto juntos. No me suena en este barrio, me suena en algún otro barrio porque ya te digo que yo trabajé en Sants, y en... ahora no me sale el nombre.

E: Tengo una pregunta Dora, perdona que te interrumpa ¿eh?

DO: Dime, dime.

E: Es que en el ochenta y ocho, bueno, lo ponéis en el mismo documento... el CAID que atendía a la población de Roquetas era el de Sant Andreu, era Garbivent.

DO: Era Garbivent, sí.

E: No había todavía... hasta el noventa y dos no se abrió el CAS de Nou Barris. Entonces, tu labor digamos en la escuela de Roquetas era como psicóloga desde el CAID de Sant Andreu, o desde APAT has dicho, me parece.

DO: Sí porque el CAID de Sant Andreu, la empresa que lo gestionaba era APAT.

E: Ah, vale vale. Entonces era desde ese CAID.

DO: Era desde ahí. Sí, porque es verdad que el de Nou Barris no existía.

E: Era para aclararme un poco la vinculación, de dónde venías ¿no?

DO: Sí, digamos que yo estaba contratada por APAT, que estaba vinculado al CAID de Sant Andreu, pero físicamente, creo que eran unas horas, estaba en el distrito de Nou Barris.

E: Vale, vale.

DO: Con lo cual, mi día a día, ya digo, no era tanto con los profesionales del CAID, dónde creo, seguramente sí, hacíamos alguna reunión periódicamente y tal, pero mi día a día era con estos otros profesionales, y en el barrio. El tema de la prevención siempre se había planteado así ¿no? Teniendo en cuenta las características de ese barrio y contactando con las personas que ya estaban haciendo cosas ahí. La idea tampoco era hacerlo como un *bolet* ¿no? Como algo aislado.

E: Entonces la propuesta de hacer este plan ¿parte de vosotros como profesionales o del propio CAID?

DO: Pues yo creo que en aquel momento como la asociación esta... estaba pensando ahora las siglas qué querían decir... supongo que sería algo así como atención... no sé, atención a las toxicomanías o algo así. De todas maneras, si lo buscas por internet lo encuentras.

E: Sí, lo encontraré.

DO: En ese momento, desde el año ochenta y dos o ochenta y tres más o menos, fue cuando se empezaron a poner en marcha los CAID y también poco tiempo después fue cuando se empezó a hablar de prevención. De hecho, sería en el ochenta y cuatro o ochenta y cinco, más o menos.

E: Sí.

DO: Y ahí la iniciativa... bueno ahí recuerdo una época de conflicto, que me parece que eso forma parte de los humanos, donde desde esta asociación, desde APAT, hacían la propuesta de hacer prevención y de introducir profesionales en los diferentes distritos y luego pues, como siempre cuando hay un jefe con dos cabezas, pues no quedaba muy claro si formábamos parte del equipo del distrito o de APAT, y sí que lo recuerdo como una época tormentosa, pero bueno, luego con los años he ido viendo que estas cosas pasan, que forman parte de la vida. No sé si ahora lo viviría tormentosamente, pero bueno, en aquel momento yo era joven y lo viví así. Digamos que era como que desde ambas partes se veía la necesidad, pero supongo que cada uno pues intentaba... bueno, pues tener el protagonismo o decir cómo se tenían que hacer las cosas, y los profesionales estábamos en medio. O sea, real como la vida misma. Pero... pero bueno, yo diría que la semilla, o el interés... pues seguramente venía de las dos partes, pero yo como fui contratada por APAT lo que viví fue cómo se estaba gestando ahí y cómo se veía la necesidad de hacer ese trabajo.

E: Vale, vale. Y entonces de todo el documento, que es muy amplio, pero también es un plan. Entonces yo entendía que dabais infinidad de ideas en los ejes que considerabais necesario incidir o que teníais posibilidad como profesionales y que luego de ahí se irían derivando proyectos específicos. Porque hay algunas partes que quedan como más abiertas, como más “se puede hacer tal cosa”... Entonces tú recuerdas que de las partes que se terminaron llevando a cabo eran, lo que me estabas contando, tú con los profesores y con los padres. ¿Llegasteis a hacer escuela de padres o eran más contactos puntuales?

DO: La idea era no... que no fuera... digamos... la idea no era tanto hacer un contacto puntual, sino que un poco en la misma línea que decíamos de los niños, de ir introduciendo determinados valores o creencias dirigidos a la salud mental, con los padres también la idea era la misma. Sí que recuerdo haber hecho alguna charla puntual, que no es que me entusiasmaran, porque también eso se presta bueno, pues a... es como menos personal o menos accesible. Quizás esas charlas personales luego daban pie a que gente que estaba más interesad o que quisiera profundizar pudiera hacer sesiones. No sé si lo calificaría de escuela de padres en el sentido de hacer un acompañamiento durante el curso, que yo creo que ahí no llegamos, pero sí a hacer tres o cuatro sesiones, o a hacer un poquito como... alguna programación o temas que a nosotros nos parecía importante tratar, eso sí. Y luego, lo que también recuerdo con adolescentes, es de haber hecho algunas sesiones con ellos. Algo que... bueno, luego se ha ido haciendo con diferentes temas ¿no? Con el tema de la sexualidad, por ejemplo. Es normal en los institutos que venga alguien externo y haga dos o tres sesiones. Pues algo así también hacíamos con los adolescentes. No como algo puntual, sino como algo más... con un poquito de recorrido. Tampoco mucho, tampoco era algo que hiciéramos durante todo el curso, pero bueno, quizá haciendo tres o cuatro bueno, pues...

E: Vale, vale. Bueno, a ver, tengo muchas preguntas y no te quiero hacer todas para no entretenerte infinito. Aparte de trabajar en prevención en aquella época, ¿también trabajabas como terapeuta con personas que estaban en tratamiento?

---

DO: Mmm... claro es que hubo diferentes... en ese momento exactamente no lo recuerdo...

E: Vale...

DO: Yo diría que en ese momento solo estaba haciendo prevención, pero en algún otro momento sí que... porque yo he estado haciendo clínica, de hecho, es a lo que me he dedicado más posteriormente. O a veces era... incluso recuerdo una época que hacía unas horas de prevención y otras de tratamiento, lo cual también es muy rico ¿no? Porque estás viendo con las personas que se han enganchado las dificultades que tienen para salir y demás, y a la vez bueno, pues también mira, es fuente de material para prevención ¿no? Exactamente en este momento tampoco te lo sé decir, pero diría que en esos años fui combinando las dos cosas.

E: Vale. Y ¿recuerdas alguna otra entidad en ese territorio que se dedicara a hacer esto? Porque me ha sorprendido también, en este mes y medio o dos meses que llevo de investigación, que se habla mucho del azote de las drogas en Nou Barris en los ochenta, pero apenas he encontrado ninguna asociación o institución que se dedicara a trabajar con personas drogodependientes. Que luego lo he conseguido llegar a ver es que en este... es un territorio que parece que hay como mucha cohesión entre los vecinos y vecinas, y que hay mucho trabajo comunitario y que probablemente haya muchas cosas que no se hayan hecho desde una entidad concreta de drogodependencia, sino que se hayan ido haciendo entre las asociaciones más de pie de barrio. Pero no sé si tú recuerdas alguna entidad de este tipo.

DO: A ver, yo lo que recuerdo es que... ya digo, esta asociación, que es la asociación que se ocupaba del tema drogas en toda la ciudad, que gestionaban el de Sant Andreu, pero también otro en Sants y otro en Sarriá. Esos fueron los tres primeros, más o menos, y luego pues abrieron algunos más. Pero... no. Yo diría que fue la entidad que tomó la iniciativa o que fue pionera en cuanto a establecer las líneas de trabajo y demás, específico de drogas. Luego, como tú bien dices, pues es verdad, que era un barrio muy activo, y que se podían hacer cosas desde otros lugares, o en todo caso ellos podían contar con esta asociación si querían hacer algo. Quiero decir, que lo mismo que nosotros hacíamos un proyecto también había abertura a que alguien pudiera hacer una demanda de intervención o de prevención o de lo que fuera.

E: Vale.

DO: De hecho, demandas de información yo diría que sí que había. Lo que pasa que nosotros esas demandas de información por parte de algunas asociaciones las intentábamos transformar en un trabajo más preventivo, que fuera un poquito más allá, nos parecía bien hacerlo así.

E: Y ¿tú crees que Roquetas, o sea el barrio estaba como concienciado sobre el problema de las drogas o era una cuestión muy evidente o tuvisteis que picar mucha piedra?

DO: No... yo creo que era... que estaba bastante sobre la mesa. Tampoco diría yo, supongo porque luego he trabajado en otros barrios, eh... bueno, iba a decir, igual sí que había zonas, es que ahora no me... ¡Zona Franca! Es que no me venía antes a la cabeza. Iba a decir, quizá en algunos otros barrios pues eso, Zona Franca, donde yo trabajé, la problemática también era bastante similar. Quiero decir, que era Roquetas y algunos núcleos más de la ciudad.

E: Ahá, vale.

DO: Ahora pienso en Zona Franca, y bueno, La Mina... los clásicos, ¿no? Pero en ese sentido, Roquetas tampoco era un barrio... a ver, cuando te hablo de estos yo creo que estaban más sumergidos y más deteriorados que Roquetas. Roquetas pues era un barrio de trabajadores, de gente inmigrante, pero yo diría que con suficiente estructura a nivel familiar y de barrio.

E: Vale. Me pasaron del Archivo de Roquetas precisamente, como estamos en confinamiento no he podido visitarles, pero me enviaron unos vídeos de YouTube que bueno, me parecieron muy interesantes. El primero se llama... no recuerdo ahora... “Los jóvenes del barrio. Es como un pequeño documental o reportaje de los jóvenes de Canyelles en el año ochenta y poco. Los niños de ocho y nueve años que fumaban porros. Es un poco como... yo les decía a mis amigas “Callejeros se queda corto”.

DO: Ya...

E: ...pero es de ese estilo, grabando los descampados, todos cantando y fumando, las madres de personas que están en prisión por temas de drogas... bueno, bastante crudo.

DO: Bueno, yo diría que... iba a decir que fueron los años de la alarma, estamos hablando de alarma... pues sí, yo diría que en unos barrios más que en otros, pero sí que había alarma.

E: Y luego, el segundo vídeo era “Los jóvenes del barrio diez años después”, y volvían a Canyelles a buscar a algunos de los que habían salido en el vídeo, y claro, esta también era la parte cruda, porque mucha gente no estaba. De todos aquellos grupos muchos habían muerto por temas de la heroína o temas de cárcel y demás.

DO: Te iba a decir... bueno, cuando yo decía “sí que había alarma”, diría “y con razón”. Porque claro yo... cuando estábamos... siempre creo que es importante remarcar que siempre que hablábamos de prevención hablábamos del alcohol, del tabaco, y si hablamos con adolescentes los porros. Los otros temas salían, pero sí que dejábamos, por eso intentábamos que no fueran intervenciones puntuales sino con un poco de seguimiento, que fueran ellos quien sacaran los temas. Pero los temas estaban ahí. De hecho, fue en esa década cuando mucha gente comenzó a consumir heroína. De hecho, bueno, yo he de decir que... que estuve como doce años trabajando en toxicomanías y los primeros años en los centros de... en los CAID, que se llamaban así, el objetivo era siempre conseguir que las personas

---

dejaran las drogas. Una década después, si... alrededor de los años noventa, noventa y poco, fue cuando se empezó a instaurar la metadona y... y el objetivo ya no era libre de drogas, era como que durante esos diez años se había intentado conseguir un objetivo que poco a poco los profesionales iban viendo que era muy difícil de conseguir, o sea que, sobre todo con el tema de la heroína, la cocaína... y claro eso siempre va acompañado de otras... de pastillas varias... Digamos que empezamos a ver que bueno, que una vez que uno había entrado la salida era muy difícil. Y de hecho, bueno, pues todavía hay gente que... que se enganchó en aquel momento y que viva... yo conozco una persona... que la verdad es que le admiro mucho, porque estuvo enganchado a la heroína y sigue fumando sus porros de vez en cuando, pero bueno, ha conseguido una vida bastante más normal. Pero... pero no es tanta gente. De hecho, en los CAS ahora cuando... digamos que muchos de los tratamientos son mantenimiento con metadona, entonces digamos, los objetivos terapéuticos ya son otros. Se han ido rebajando. Digamos que cuando se empezó se iba a por todas, y eso ha ido menguando.

E: Ha cambiado también la perspectiva que hay sobre las drogas y bueno...

DO: Sí, sí.

E: Habláis también de estigma en el plan. ¿Era una cuestión que estaba también sobre la mesa?

DO: Totalmente, sí. Bueno, y que sigue estando. Sí, sí. De hecho bueno, yo creo que el hecho de que las toxicomanías esté tan asociado a la delincuencia y muchos otros problemas colaterales pues no ayuda mucho. Es muy difícil ver a las personas como personas vulnerables o que han sido abducidas por una sustancia o que se ha generado una adicción y que eso lleva muchos otros problemas. Bueno... creo que... eso, que está muy asociado a no solo problemas de salud para ellos sino problemas que causan a los otros. La familia, la sociedad.

E: Una de las cosas... bueno, el TFG que estoy haciendo, estoy fijándome mucho en la perspectiva de género, porque la investigación se centra mucho en atención a mujeres, y sobre el tema del estigma, las mujeres normalmente suelen sufrir más estigma que los hombres en el consumo. No sé si esto también estaba...

DO: Pues yo diría que, en este caso... me atrevería a decir que no, ¿eh? Porque yo creo, si ahora pienso, la manera de conseguir dinero, de conseguir drogas, en el caso de los hombres siempre ha sido una manera más violenta, por lo tanto el estigma también... digamos que eso también pesaba. Y en el caso de las mujeres... bueno, digamos que utilizando el tema de la prostitución, por ejemplo, el tema de vender su cuerpo, una manera de conseguir dinero o de... de alguna manera ponerse al servicio de alguien. Otras fórmulas ¿no? Siempre que se dicen cosas así no se pueden generalizar, por supuesto. Pero... con lo cual yo diría que tanto unos como otras en ese sentido... no sé si era muy diferente.

E: Me decías antes Dora, que era en esos años cuando se comenzaba a trabajar la prevención, que había habido como pequeños intentos, y en el documento hacéis



---

una pequeña crítica, se dice “se ha trabajado poco sistemáticamente la prevención”, ¿lo que pretendíais vosotros era como sistematizar también? O sea, ¿el documento era tan amplio quizá porque habría una intención o una pretensión de marcar unos ejes de trabajo que no fueran esto de los *bolets* que dices tú?

DO: Sí, sí, esa era la idea. El hacer algo con continuidad ¿no? Y que permitiera... sí. De todas maneras, bueno, iba a decir, un poquito cuando las cosas empiezan se van dando palos de ciego, se va aprendiendo por ensayo y error como está pasando ahora con el coronavirus ¿no? O sea que en aquel momento la prevención que se hacía pues también era un poquito así, dando palos de ciego, pero también dándonos cuenta de que por ahí no iban las cosas. Y sí, en ese sentido la idea era... por eso nos parecía importante... bueno, pues además de las escuelas, o los padres o los maestros, ya digo, colaboración con la Guardia Urbana o... bueno, no sé, con las entidades. Las asociaciones de vecinos siempre han sido bastante activas ahí, no sé cómo están ahora.

E: Creo que bastante activas también. De hecho, una pregunta que te quería hacer es que me explicaron que la creación del CAS de Nou Barris, que fue en el noventa y dos como te decía antes, fue por demanda popular, por demanda vecinal, y que en el trabajo previo a la apertura del centro, se había creado una comisión de drogas, que se llamaba por lo visto la “comidroga”, en la que estaban representadas todas las asociaciones de vecinos de Nou Barris, y supongo que alguna entidad más. Y yo me preguntaba si vosotras ya estabais trabajando el tema de las drogas, si formabais parte de esta comisión, si tienes noticias de ella, o sea, si te suena.

DO: Yo diría que... claro, creo que era en el noventa y algo que se abrió el CAS de Nou Barris, no sé si tú tienes el año.

E: En el noventa y dos, noventa y dos.

DO: En el noventa y dos, mmm... yo creo que en ese momento, yo diría que el tema de la prevención eh... desde estas asociaciones, yo diría que había pasado como a un segundo lugar, de hecho yo en ese momento ya no estaba haciendo prevención, en el noventa y dos yo estaba... haciendo... tratamiento en Garbivent, y... bueno, eh... ahora me he despistado, ¿cuál era la pregunta?

E: La pregunta era si a ti te suena la comisión de droga, la “comidroga” previa al CAS de Nou Barris.

DO: No, no. Sí que sé que se puso en marcha el centro porque hubo esa demanda porque en ese año ya no estaba haciendo prevención y tampoco tengo muy presente que hubiera personas del ámbito de drogas haciéndolo. Yo creo que también con el tiempo lo que fue pasando, un poquito pues en la línea que decimos de profundizar o de ampliar, que los nombrados técnicos de prevención de drogas, eh... digamos que fue como unos años, pues quizá una década más o menos, como de empuje o de concienciación, o de ver hacia dónde tienen que ir las cosas, pero que luego quedaron como proyectos más insertados en el barrio. Se fueron ocupando más las escuelas también ¿no? Tengo esa idea, un poco...

---

E: Vale, y ¿no hubo ningún tipo de traspaso entre el CAID Garbivent y el CAS Nou Barris? En el sentido de que dado que vosotras erais las que trabajabais con las personas de Nou Barris antes de la apertura del CAS, si hubo algún tipo de contacto entre los dos centros.

DO: Claro, una cosa eran los profesionales de prevención que estaban en los distritos, donde estaban los trabajadores sociales, etcétera, y otra cosa son los centros de tratamiento. Y de hecho, en el CAS Nou Barris, lo gestionó la misma empresa que ya no se llamaba APAT porque ahí hubo otros conflictos y se dividió, y pasó a llamarse de otra manera, que ahora no recuerdo el nombre. Pero los profesionales eran de esa primera asociación.

E: Vale.

DO: Quiero decir que los... la gente del barrio hizo la demanda, pero fue esta asociación quien abrió el CAS con profesionales de su asociación.

E: Vale, vale. Que es la asociación que se dividió de APAT.

DO: Bueno, se dividió... es que se dividieron en tres. Es que... esto tiene mucha historia, pero tiene que ver con las cosas que pasan en las asociaciones. Bueno, digamos que los que siguieron ahí y que son los mismos que siguen gestionando el CAS de Nou Barris, son los que antes se llamaban APAT que si lo mieras por internet con un poco de suerte... porque a mí ahora no me viene a la cabeza.

E: Lo buscaré o lo preguntaré, no pasa nada. ¿Ya teníais en aquel momento entonces la...? Por cosas que he leído en el plan ¿eh? ¿La concepción de los medicamentos como droga? Porque habláis de trabajar con profesionales sanitarios para bueno, para regular el tema de las prescripciones de medicamentos.

DO: Sí, también digamos que también entraban dentro de las drogas legales. Y porque yo creo que en aquel momento había bastante conciencia, ahora sí hablando de mujeres, que al final también hay drogas que tienen que ver con el género. Y el tema de antidepresivos y tranquilizantes, por mayoría es algo de uso femenino. Y de hecho, sí que era algo que abordábamos porque, un poco pensando en la coherencia, cuando se trabajaba con los padres, pues estaban los padres bebedores, fumadores, las que utilizaban tranquilizantes, los antidepresivos. De alguna manera todo el mundo iba tapando sus malestares con sustancias, que luego acababan generando problemas, y eso no era tan diferente, que sí que las consecuencias sí que eran mucho más graves si nos íbamos a la heroína, pero el trasfondo era similar, ¿no? Entonces, sí que era algo que trabajábamos con las familias, el que hubiera coherencia entre lo que ellos hacían y lo que querían transmitir a sus hijos.

E: Claro. Me parece súper pionera esta intervención. Porque me parece que hasta el año noventa y cinco no se ha registrado el consumo de hipnosedantes dentro de las encuestas de drogas del estado. Quiero decir, que ibais por delante.

DO: Íbamos bien encaminados.

E: Sí, sí muy bien encaminadas, muy bien. ¿Te acuerdas si se llevó a cabo la jornada de animación comunitaria que proponíais para juntaros con el barrio y para dedicar...

DO: Claro, iba a decir, actividades así lúdicas también se hacían. Me vienen algunas imágenes que no sé si corresponden a esto o en algún otro momento. Por ejemplo, en el CAID de Garbivent había un taller en que se trabajaba con alcohólicos, era un taller sociolaboral que hacían marquetería, y recuerdo que cuando hacíamos algunas fiestas no solo en este barrio sino también en otros ¿no? Pues también participaban, de hecho, participaban tanto alcohólicos en tratamiento, toxicómanos en tratamiento, que eso ahí me parece que sale poco en el proyecto, pero el tema de la prevención también se contaba mucho con ellos, con sus experiencias y sus dificultades para aceptar, primero para aceptar que hay un problema y que eso es una adicción y luego para aceptar abordarlo. Pero bueno, yo creo que sus experiencias eran muy ricas. No sé porqué ahora lo he asociado a las fiestas. Digamos que más que una fiesta a lo clásico era pues un encuentro, o un hablar, o un compartir, o un... bueno, sí, en esa línea de esas cosas que hacíamos.

E: Más tipo encuentro saludable de compartir opiniones o...

DO: Exacto.

E: Yo me estoy ciñendo mucho a lo que hay en el documento que ya sé que me has dicho que fuisteis haciendo algunas cosas, pero bueno, me ciño aquí y tú ya me cuentas. Dentro de la entrevista de padres que comentáis en el plan, se incluía una pregunta sobre educación sexual, sobre la educación sexual de sus hijos. Y me gustaría saber por qué motivo considerabais... bueno, se tuvo en cuenta este asunto. En qué lo vinculabais con el consumo, o con la prevención vaya.

DO: Yo creo que eso lo debíamos preguntar porque en la línea de no hablar de prevención de drogas únicamente, sino de abrir el foco, seguramente en este proyecto alguna de las personas que participaron procedían de otro ámbito, o digamos que... que el tema de abordar aspectos sexuales pues quizá tenía que ver con algún otro tipo de trabajo que se estaba haciendo. Con lo cual era como aprovechar que teníamos a los padres juntos, y aprovechábamos para preguntarles de todo. Quiero decir, que, en función de eso, lo mismo que yo podía hacer una propuesta de trabajar tema de drogas, pues alguien que se ocupaba de la sexualidad también podía tenerlo en cuenta para hacer alguna propuesta.

E: Vale, vale.

DO: Pero no, no era algo que lo asociáramos... no necesariamente.

E: Vale. Y bueno... yendo al tema de las mujeres un momento también, ¿qué podrías decirme sobre mujeres que consumían en los ochenta? ¿Se trataban también en los CAID o no había muchas?

---

DO: Eh... en cuanto a número siempre ha habido... claro, si hablamos de heroína, cocaína, y aledaños el número de hombres era mucho mayor, tampoco yo no sé las estadísticas. Pero era mayor en cuanto a personas adictas y por lo tanto también eso se veía reflejado en las personas que acudían a tratamiento. Quiere decir que siempre ha habido más hombres que mujeres. Eh... luego, en cuanto a las peculiares del tratamiento, una vez que ya estaban, yo diría que... que era como si los... digamos que los hombres que se habían enganchado, podía haber una patología o dificultades previas, o no. Tenían que ver con el estar en ese entorno, con que la droga hubiera estado disponible, o con conseguir la presión de grupo, que era algo que siempre habíamos trabajado mucho en la prevención de drogas, el tener un criterio propio y... yo diría que en los hombres pesaba más eso. En el caso de las mujeres, y quizá lo digo porque con el alcohol también pasa, las mujeres que se enganchaban no era tanto por presión social o tal, sino porque había... bueno, no sé si patología previa, digamos que más sufrimiento psicológico, lo vamos a llamar así porque eso también es más amplio. Y eso quiere decir que luego el tratamiento también tenía que incidir en muchos más aspectos.

E: Vale... y viendo que había como conductas asociadas distintas, y también lo que me decías antes de los padres: los padres hombres se daban más al alcohol y las mujeres también más a los antidepresivos y demás. A la hora de traspasar esto a la prevención con los menores, ¿teníais alguna estrategia diferenciada entre los niños y las niñas o se trabajaba en conjunto?

DO: No, se trabajaba en conjunto y los mensajes que se daban tanto a unos como a otros eran los mismos.

[...]

### A.2.3. Entrevista 3

[...]

E: ¿Cuáles son tus funciones en la asociación más o menos, Clara?

CN: Yo soy coordinadora. Entonces, soy de las socias impulsoras de la asociación, de las socias fundadoras, he participado desde el principio en la comisión técnica y en la junta directiva. En la comisión... Nosotras nos dividimos en comisión técnica y comisión comunitaria. En comisión técnica nuestra función prácticamente es intentar hacer una intervención con una mirada feminista. Entonces hacemos desde el seguimiento de casos a... bueno a ver cómo está todo el día reconstruyendo y viendo cómo hacemos esa intervención para que realmente se haga desde una mirada feminista. Y llevo... estuve de voluntaria dos años, 2016-17, y yo creo que en el 2018 como en octubre o así empecé a estar trabajando para la asociación ya, también como trabajadora, y bueno, ahora estoy en ERTE porque la situación es esta, pero sigo cumpliendo las funciones de coordinadora, que es un poco... tenemos dos proyectos, entonces hacer seguimiento de estos proyectos, porque hay una educadora que está haciendo el seguimiento de las mujeres y un poco pues

hacer el seguimiento, y todo lo que es formación porque estamos haciendo ahora mucha formación, de sensibilización de la realidad de las mujeres que están en situación de sin hogar, y todo lo que es también parte administrativa, que es un poco más rollo.

E: Y entonces ¿desde cuándo dices que está la asociación? ¿Desde el 2016?

CN: Desde el 2016, sí. Fue cuando empezamos a juntarnos un grupo de mujeres que veníamos o bien de grupos feministas o éramos currantes del ámbito social, y entonces nos juntamos para intentar diseñar un proyecto que fuera con mirada feminista real, o sea que se hiciera una intervención feminista, y que pudiera atender o acompañar a mujeres que estaban en situación de sin techo, lo que pasa que ahora sí que atendemos a cualquier mujer sin hogar. Luego nos fueron llegando contactos, queríamos trabajar desde la prevención... entonces, además, lo que es los recorridos de las mujeres pasan por muchas situaciones de sin hogar antes de llegar a la calle. Las mujeres agotamos más eh... más situaciones de puertas para adentro. Entonces pensamos que era importante atender también a estas otras clases de ETHOS. Entonces en el local se atiende a cualquier mujer que esté en situación de sin hogar.

E: Vale, solo para que conste en la entrevista, conozco la diferencia, pero me gustaría, si pudieras dar dos líneas sobre la diferencia que hay entre sinhogarismo y sin techo. Porque son circunstancias diferentes que se confunden normalmente.

CN: Sí. Nosotras trabajamos con cualquier situación de sin hogar. Y lo que nos dice la ETHOS es básicamente que se divide en cuatro grupos. Sin techo, que son las personas que viven en la calle, o sea que no tienen un techo. Aquí también se incluyen las personas que están en albergues, en albergues nocturnos solo. Es decir, albergues que tienen que entrar por la noche y salir por la mañana, ¿vale? Luego tenemos a las personas sin vivienda, que serían las personas que están en recursos residenciales, que pueden ser desde una prisión a una casa de acogida de mujeres, a un albergue que sí que tenga centro de día y que sí que puedas estar por el día y tal. Luego tenemos las personas que ya sí que tienen vivienda, pero se consideran sinhogarismo, o bien por un lado porque se considera que tienen una vivienda insegura, o por otro lado porque es una vivienda inadecuada. Entonces lo que son viviendas inseguras, además esto para las mujeres es importante que lo tengamos claro porque vivienda insegura por ejemplo es una vivienda donde se está dando una situación de violencia, ¿vale? Entonces cualquier mujer que esté sufriendo una situación de violencia en casa es una mujer sin hogar, y no tiene otro sitio donde ir, me refiero, siempre partimos de que es el único espacio que tiene la mujer ¿no? Entonces también sería una situación de sinhogarismo en vivienda insegura. Y luego son viviendas inadecuadas, y está todo el tema de las chabolas, de personas que están viviendo en locales que no están adaptados, eh... bueno, un poco todo esto.

E: Hay una circunstancias muy diversas en realidad, dentro de lo que es el...

CN: Sí, sí.

---

E: Vale, un pequeño inciso, ¿qué formación...? ¿Eres trabajadora social, educadora?

CN: Tengo dos años de Trabajo Social, que no acabé la carrera y tengo Integración Social y me he formado mucho a nivel de perspectiva de género. Tengo infinidad de cursos de atención en servicios sociales, de violencia machista, de introducción de la perspectiva de género...

E: Vale, y a ver, te iba a preguntar un poco sobre la entidad. Como me habías dicho que teníais un par de proyectos.

CN: Mira, nosotras nacemos con la idea de montar... es decir, en el recuento que se hace en Barcelona por parte de la XAPSLL se identifica que hay seis mujeres que duermen en la calle en nuestro distrito que es Nou Barris. Porque otra de las piezas importantes de nuestra entidad es el trabajo comunitario. Entendemos que si no es de una forma comunitaria, si no les ofrecemos a las mujeres toda una red que las haga identificarse como ciudadanas es muy complicado, entonces partimos también de la *xarxa* comunitaria. En Nou Barris además es un distrito de Barcelona donde es algo que se viene haciendo y surge de forma natural desde el inicio ¿eh? Te hablo que para asfaltar las calles, para poner un semáforo... siempre todo ha partido de esa lucha vecinal, entonces nosotras entendemos que es la forma correcta, que es la adecuada y que además para personas sin hogar que han roto tantos vínculos a nivel social y tal, es como muy necesario. Y entonces nosotras partimos de que queremos ser un proyecto local del distrito de Nou Barris para poder hacerlo así, ¿vale?

E: Porque, ¿vosotras estabais vinculadas ya al territorio?

CN: Sí, claro. Piensa que la mayoría de la entidad venimos de otras entidades de Nou Barris, que nos juntábamos en una mesa que se montaba para hacer las reivindicaciones del ocho de marzo, que se llamaba *Dones Cabrejades*, y éramos un grupito que teníamos ganas de hacer algo ¿no? No de quedarnos solo en la reivindicación del ocho de marzo o la del 25-N o tal, sino ir un poquito más allá y empezar a palpar, a introducir el feminismo en la atención a estas mujeres ¿no? Y entonces nos empezamos a juntar, decidimos enseguida que tenía que ser con mujeres sin techo porque como nos ubica el rol a nivel social dentro del sistema patriarcal que tenemos, a las mujeres se nos envía al espacio privado. Entonces entendemos que no es lo mismo que una mujer esté en riesgo o pierda la casa a que la pierda un hombre. Además, como el espacio público es un espacio masculino, que una mujer se exponga a vivir en la calle supone toda una serie de peligros para ella por el simple hecho de ser mujer. Da igual las decisiones que haya tomado en su vida... da igual, o sea, el simple hecho de ser mujer la expone a una serie de peligros, y por eso decidimos trabajar con mujeres sin techo ¿vale? Detectamos que hay seis que están viviendo en Nou Barris, porque nos lo dice así el recuento de la XAPSLL y entonces decidimos... nos formamos también dentro del tema del *Housing First* para ver... bueno, porque también partimos del derecho a la vivienda, entendiendo que la vivienda es un derecho fundamental y que todo el mundo tiene derecho a una vivienda independientemente de cualquier circunstancia y cualquier

---

situación, entonces organizamos un proyecto que se basa en dos pisos compartidos, porque sí que creemos que es importante. El *Housing First* nos gusta como filosofía pero sí que entendemos que en una ciudad como Barcelona donde es muy difícil que una mujer viva sola, al final por la brecha salarial, por los alquileres, por toda una serie de cosas que... por el contexto económico y social que tenemos, entonces pensamos que es importante también que trabajemos las relaciones entre mujeres ¿vale? Las relaciones interpersonales. Nosotras trabajamos a partir de un empoderamiento a tres niveles. El empoderamiento individual, o sea que la mujer empiece a tomar conciencia y a ser la protagonista real de su proceso; trabajamos desde un empoderamiento colectivo feminista porque entendemos que identificarte en muchas cosas que nos vienen por nuestro género nos quita mucho peso de nuestra mochila; pero luego también pensamos que es importante trabajar la parte interrelacional, el empoderamiento intrapersonal. ¿Eso qué quiere decir? Las mujeres, también por cómo nos socializan, acabamos adoptando papeles dentro de las relaciones donde realmente no estamos empoderadas, donde realmente cedemos, donde realmente nos supeditamos al privilegio de la otra personas que está en la relación con nosotras ¿no? Entonces, poder trabajar esto. Y esto en los pisos si lo haces de forma individual es muy complicado, entonces por eso decidimos hacer dos pisos compartidos donde poder dar vivienda a estas seis mujeres que había. Lo que pasa que esto nos costó infinito, hasta diciembre de 2018 no podemos abrir el piso que tenemos, y entonces empezamos a conocer a mujeres, porque en Nou Barris empezamos a explicar que éramos una asociación, que tal, y empezaron a llegarnos casos de mujeres. Y casos de mujeres en situaciones de sinhogarismo de puertas para adentro. Entonces en este punto es donde decidimos generar otro proyecto, que es el proyecto del local, que lo hacemos a través de un proceso participativo con las propias mujeres, para poder atender a cualquier mujer en situación de sin hogar. Y lo primero que ofrecemos es un café y un desayuno. Y empiezan a llegar mujeres, y a partir de que ellas empiezan a llegar se empiezan a generar actividades, conseguimos que el distrito nos ceda un local, entonces empezamos a diseñar cómo queremos que sea ese local con las propias mujeres y tal. Y esos son los dos proyectos que tenemos ahora mismo. En diciembre nos donan una furgoneta, entonces estamos empezando a diseñar un proyecto, para hacer una atención en calle con la furgoneta, y luego se nos plantean además, durante el 2019 un montón de casos de mujeres con retirada de criaturas, de... nos toca acompañar a muchas mujeres que acaban de ser violadas, entonces nos empezamos a plantear también un proyecto que ahora con el confinamiento, que nos estaban como costando arrancar, nos hemos puesto y estamos diseñándolos y vamos bastante a saco, que son el de la furgoneta, y el de El Útero de Lola, que le llamamos, para poder trabajar con las mujeres todo lo que es el tema reproductivo y sexual. Desde las maternidades, a la menstruación, a la sexualidad, a cómo retomar la sexualidad después de estos abusos... Y esto de momento es lo que tenemos, y toda la parte de sensibilización, que lógicamente hacemos charlas en institutos, en universidades, para trabajadoras y trabajadores sociales, de servicios sociales también estamos haciendo, la *Gene* nos ha cogido para hacer unos cursos... Te quiero decir que vamos bastante...

E: Participáis en TFGs, o sea, estáis a tope...

CN: ¡De todo!

E: Sobre este proyecto que me hablabas ahora del útero, igual luego sí que te preguntaré más, porque como te explicaba el TFG va muy enfocado a los Derechos Sexuales y Reproductivos, entonces por ahí tendremos conversación.

CN: Justo ahora estamos... Bueno, es que es súper importante, porque al final es otra de las muchas violencias que padecemos las mujeres ¿no? Que es todo el tema de la salud, la salud femenina, todo el tema de la violencia obstetricia. Bueno, es que hay infinidad de cosas... Luego el colectivo, la mayoría de mujeres son madres pero no pueden hacer de madres porque les han retirado criaturas, entonces las maternidades... cómo nos obligan a las mujeres a vivir la maternidad ¿no? Bueno es... aquí hay mucha chicha. Podemos hablar lo que tú quieras.

E: Entonces, por lo que me dices, no hay ninguna condición de acceso como tal a vuestro recurso, sino que aparecen por el local, y les ofrecéis el desayuno, el café...

CN: Es más, ha habido veces que han contactado con nosotras trabajadoras sociales para meternos en un plan de trabajo, “yo creo que a la mujer le vendría bien ir allí”, y nos han intentado que les hiciéramos *report* de si venían o no venían... Nosotras no estamos de acuerdo en infantilizar a las mujeres, en llevar ese tipo de control... o sea, pensamos que el local sirva para las mujeres que quieran venir.

E: Vale.

CN: Entonces, es acceso abierto, no se les toman datos de primeras, no se les exige ni siquiera que te den nombre ni nada, pueden acceder a... porque el local que tenemos ahora tiene duchas, lavandería, ropero, y un espacio de calor-café ¿vale? Y talleres que hacemos. No se les exige ningún dato. Solo les hacemos firmar todo el tema de Ley de Protección de Datos y les empezamos a tomar datos cuando ellas nos piden que les hagamos el acompañamiento individual.

E: Vale.

CN: Sí que es verdad que... nosotras trabajamos desde el vínculo: que vengan, que se vinculen, y ofrecer unos servicios que pensamos que todo el mundo los merece sin necesidad de dar más explicaciones de nada. A partir de ahí, las mujeres van volviendo, vamos generando un vínculo con ellas y cuando ellas nos dicen que... pues que les... me ha pasado tal cosa, necesito acompañamiento individual y tal, empezamos a hacer entrevistas con ellas y ya sí que hacemos seguimiento, sí que nos coordinamos con los servicios que las atienden y en ese punto ya sí que les tomamos datos. Pero si no, no...

E: Vale.

CN: Incluso temas de consumo, que eso también nos lo preguntan muchas veces. ¿Y pueden ir con consumos activos? Mientras aquí se comporten, *cap problema*. A mí lo que la mujer haga de puertas para afuera... me da igual, y se merece una ducha, se



merece poder poner una lavadora, poder tener un espacio con otras mujeres de relación...

E: Sí, sí. ¿Y más o menos sabes cuántas mujeres pasan por vuestra asociación en un año? ¿Tenéis algún número?

CN: Sí mira, nosotras hemos atendido a unas ciento ochenta mujeres, más o menos. Diferentes, en diferentes situaciones de sinhogarismo. Más o menos tenemos como un grupo, porque nosotras en el local funcionamos por asamblea, hacemos una asamblea general por semana para ver cómo nos organizamos, más o menos tenemos un grupo fijo de unas treinta mujeres. Y al día pueden pasar doce mujeres diferentes, más o menos.

E: Vale.

CN: Son los datos con los que trabajamos.

E: Son muchas, quiero decir, que tenéis bastante impacto ¿no? En el territorio.

CN: Bueno es que hacía mucha falta, nosotras... porque para contactar con ellas muchas veces salimos por la noche, hacemos rutas ¿no? Solo en el distrito de Nou Barris, no lo hacemos... o sea, atendemos a mujeres de donde vengan, no hay problema, de toda Barcelona atendemos área metropolitana. Pero sí que es verdad que las salidas nocturnas solo las hacemos en Nou Barris. Y la verdad que cuando vas y les explicas que es un espacio no mixto, o sea, que es un espacio solo para mujeres, vienen y en seguida se encuentran bien y... o sea, no es nada más que... yo creo ¿eh? Y la lectura que nosotras hacemos, que es un espacio no mixto, que no tienen que soportar el acoso de otro hombre, el juicio, la infantilización, o sea que trabajar desde aquí...

E: Un espacio de seguridad, vaya.

CN: Exacto.

E: Que es justo lo que no encontrarán en...

CN: Sí, exacto.

E: Vale, o sea que me dices entonces que promovéis mucho la vida comunitaria, que es una base, como la consideración de mujer ciudadana es una base para que puedan estar mejor y la inclusión social...

CN: Y su propio empoderamiento, en el momento en que no te sientes que formas parte de algo es muy difícil que sientas que puedes hacer algo allí.

E: Y el territorio, o sea, ¿ha respondido bien? El barrio, la comunidad...

CN: Total. Total. O sea, es que no tenemos más que agradecimiento... Primero, fueron los primeros y las primeras las entidades que sostuvieron económicamente el

---

proyecto, eh... las que siempre nos han ofrecido espacios para realizar cualquier cosa, las que ofrecen donaciones, pues en los *casals* organizan recogidas de productos de higiene para las mujeres. O sea, es brutal. Sí, sí.

E: Y ¿es una red informal esta que tenéis con el barrio?

CN: Claro, nosotras participamos en la *xarxa de Nou Barris Acull*, que es una *xarxa* que trabaja el tema de migraciones, que participamos de allí, y ahí tienes contacto con muchas entidades y participamos también en la coordinadora cultural, que es la que organiza actos culturales y tal, que ahí también nos da, y luego participamos en la *taula de feminismes* del distrito también. Bueno, es que en realidad en Nou Barris como que interactuamos en infinitas cosas, o sea, tenemos mucho contacto entre nosotras, las entidades. Entonces realmente se generan sinergias de una forma súper natural. Yo que sé, ahora por ejemplo ¿no? Con lo de toda la *xarxa de teixidores* que están haciendo de todas las mascarillas y todo pues enseguida se pusieron en contacto con nosotras, “¿cuántas necesitáis para las mujeres?”, o sea que es como que ya entras en la rueda y ya estás ahí. O sea, en Nou Barris es como muy fácil.

E: Qué bien ¿no?

CN: Sí, sí... es un regalo, es un regalo total.

E: Qué gusto no encontrar resistencias, y poder hacer, ¿no? Vale...

CN: Bueno y es brutal por ejemplo, hay una mujer durmiendo en Nou Barris en la calle, y esa misma noche tenemos mensajes de *whatsapp*, correos electrónicos, en el *facebook*... de los propios vecinos y vecinas que nos informan, y que luego se preocupan. O sea además, no solo te informo de que hay una aquí, sino que... tuvimos el caso de una mujer que estuvo cerca de seis o siete meses en calle, que tenía además temas de salud mental, que incluso había hombres que hacían abusos con ella en los cajeros y tal, y bueno, es que estábamos informadísimas de todo lo que estaba pasando, y la gente preocupándose, “¿qué podemos hacer? ¿cómo podemos ayudar?”. O sea, brutal, *és molt guai*.

E: Qué bien. Y ¿qué tipo de actividades comunitarias hacéis? O sea, aparte de recibir esta ayuda o también tener estos lazos con la plataforma, y con entidades y vecinas, ¿de qué manera sucede esa participación comunitaria de ellas?

CN: Claro, ellas por ejemplo en cualquier actividad comunitaria que se haga a nivel cultural, pues yo que sé, desde el festival de sopas, que se hace un festival de sopas, a la rua de carnaval, cualquier actividad así más cultural, la *La Cultura va de Festa* que es una actividad que se hace en el parque, las fiestas mayores del barrio... O sea, en cualquiera, nosotras participamos ¿no? Luego también hay un mercadillo solidario que se hace una vez al mes, donde nosotras colaboramos, y bueno, nosotras no, colaboran las mujeres, y al final bueno, ellas se han enrollado y van y echan un cable y tal, en recoger, y súper. Y luego también intentamos trabajar toda la *xarxa* de educación, o sea poder acercar el proyecto al instituto

---

sobre todo, escuelas de primaria más complicado, porque es un poquito más difícil, pero en institutos la verdad que estamos haciendo bastantes... bueno llegamos incluso a participar el año pasado en una asignatura del Institut Escola Trinitat Nova, en una asignatura que realizaron también las mujeres.

E: Justo me hablabas antes de migraciones, de *Nou Barris Acull* y yo te iba a preguntar si la interseccionalidad estaba presente, bueno seguro que sí porque ya trabajáis el eje de género, el eje de clase social, el de situación económica, y además me imagino que habrá muchas mujeres migrantes también.

CN: Claro, y la situación del tema de, por ejemplo, mujeres sin papeles es horroroso. Y también trabajamos mucho por ejemplo, el tema LGTBI. Por ejemplo, tenemos mujeres trans que vienen, y que te dan una oportunidad genial de poder trabajar todo el tema de género. Porque claro, además mujeres trans que están en calle, que no tienen un posicionamiento económico y no pueden hacer un seguimiento hormonal, pues estéticamente son bastante masculinas, y el poder también trabajar con las mujeres del local pues que ellas también son mujeres, que sienten mujeres y que... bueno, pues también. Y lo del tema de la migración, sí, trabajamos muy desde la *xarxa de Nou Barris Acull* que tiene un servicio de asesoramiento de abogados, y por ahí que todo lo derivamos a partir de ahí, pero bueno, es que la realidad de las mujeres migrantes es muy complicado porque además con el tema del *sensellarisme*, también hay una situación de *sensellarisme* que es por ejemplo todas las internas. Son mujeres que no tienen casa, y hay mujeres que incluso están en calle y tal, que salen de esa situación porque encuentran un sitio donde poder trabajar a nivel de interna y les cubre las dos vertientes, o sea lo que es trabajo y lo que es techo, pero en el momento en que ese trabajo se les acaba, o que...

E: A veces sufren abusos...

CN: ...o que la persona que están cuidando pasa a una residencia, o se muere, o lo que sea, pues estas mujeres se quedan en la calle otra vez. Entonces... Y realmente el tema de las mujeres migrantes va muy encaminado hacia todo el apartado este de cuidados ¿no? Y encima es un sector que está sin contrato, que dificulta mucho que ellas se puedan legalizar, o sea bueno, es que es... muy complicado.

E: Sí, sí. Es complejo. ¿Podrías decirme, Clara, más o menos, un porcentaje aproximado de mujeres del recurso que utilicen drogas? Bueno, igual no lo sabéis, porque claro, no sé si hay un...

CN: Bueno, intentamos tener un poquito de indicadores, ¿eh? Lo que pasa que están un poco obsoletos. Si me dejas te lo busco un momento, porque tengo los indicadores por aquí por el portátil. Te voy a hablar de datos de... de mediados de 2019 ¿eh? Porque ahora estamos haciéndonos como un aplicativo, para poder...

E: No necesito que sean súper actuales, en realidad es para tener una idea, porque una de las cosas que intento demostrar en el trabajo a nivel más parcial, porque no es el objetivo principal, es ver que la realidad de las mujeres que usan drogas es multidimensional. Es decir, no consumo drogas porque tengo un problema en casa y

---

luego de las drogas se me derivan otros problemas, sino que muchas veces es al revés, ¿no? Que al final acabo consumiendo drogas porque me pasan muchas otras cosas primero.

CN: Claro.

E: Y eso me acaba sosteniendo, o acaba siendo un poco el... bueno, un recurso que tengo también.

CN: ¿Has hablado con *Metzineres*?

E: Lo tengo previsto.

CN: Vale, sí, porque es muy potente, ellas en este sentido te darán muy... mucha luz. Mira, realmente con adicciones activas, nosotras tenemos el 20% solo, ¿eh?

E: Bueno...

CN: O sea, no... Te hablo de datos, indicadores del local.

E: Ah vale.

CN: ¿Vale? O sea, de mujeres en situación de sinhogarismo completo. Si nos centráramos en calle quizá sí que aumentaría el porcentaje. O sea, si habláramos solo de mujeres sin techo.

E: Y, ¿dirías que son consumos de abuso? O sea que no son consumos lúdicos, ni son consumos puntuales.

CN: Son consumos totalmente de... como decirlo, de...

E: De supervivencia.

CN: Sí, de desconexión de la realidad. O sea, porque no hay otra. Porque es muy difícil sostener una situación en calle para una mujer, mucho más que para un hombre.

E: Sí, sí.

CN: Entonces, al final, es un tema que... pues que es muy complicado, que es muy difícil sostenerlo. Te explican las situaciones que viven y te planteas ¿no? Jolines, ¿yo cómo lo haría? ¿cómo sostendría todo esto? Y noche tras noche ¿no? Que muchas veces cuando vuelves a casa por la noche sola pues ya hay veces que te entra miedo, ¿no? O llevas las llaves en la mano... no tienen casa tía, o sea, es como... ¡pfff! Viven en una angustia y un miedo constantes entonces todo eso yo creo que genera más necesidad de consumir.

E: Tiene que ser muy duro, sí, sí.

CN: Y ellas lo relatan así ¿eh? El relato de ellas es que es vivir en un constante miedo.

E: Siguiendo con el tema de las drogas, del uso de drogas, me decías que no os importa que haya un consumo activo siempre y cuando en el local no se consuma, supongo.

CN: Exacto.

E: Y ese tema es un tema que lo trabajáis vosotras o estas mujeres que quieren trabajar algún aspecto de su consumo de drogas pues se derivan a algún sitio, o ¿cómo trabajáis el consumo de drogas?

CN: Es que nosotras específicamente no trabajamos sobre las problemáticas, o las características que nos trae cada mujer, ¿no?

E: Vale.

CN: No trabajamos, no asesoramos sobre el tema de papeles, no asesoramos el... nosotras intentamos darle un acompañamiento, hacer un poco de puente, y que cuando la mujer quiera, le apetezca, pues acompañarla en ese contacto con esos recursos existentes.

E: Ah, vale.

CN: No pretendemos ser un recurso substitutivo o que duplique otros recursos ¿no? Sí que tenemos muchas mujeres que han querido iniciar procesos en CAS, hemos hecho acompañamientos y tenemos coordinación con el CAS de Nou Barris, que funciona súper bien además, y tenemos una relación potente con el CAS por ejemplo, para casos que tenemos de mujeres consumidoras, pero no trabajamos específicamente con ellas.

E: Vale, vale. Pues podemos entrar a hablar un poco del tema de la sexualidad, y yo te quería preguntar de primeras que qué papel crees tú que juega la sexualidad de estas mujeres en su vida, antes y después de que pasen por la asociación.

CN: Cero. Bueno, antes y después... Te llegan con sexualidad cero, pero es decir, estar en calle es un riesgo, es un riesgo a ser violada, y por lo tanto, cuanto antes desconectes de tu sexualidad mejor porque menos daño te hará. Está a la orden del día que las mujeres sean abusadas sexualmente, o sea nosotras... yo creo que la mayoría en un momento o en otro han sido víctimas de la violencia machista o de abuso sexual, o de intimidación o de una violación. O sea, en este sentido, yo lo que sí que me encuentro es que las mujeres llegan, que a mí me llama mucho la atención, muy desconectadas con su sexualidad. O sea, yo que sé, pues... conversaciones en el espacio de calor-café, salen temas tal, eh... no van encaminados hacia... o sea, no hablan de la sexualidad, no lo tienen como una necesidad, no lo viven... yo creo que es para desconectar de esto. Claro nosotras en eso sí que intentamos hacer bastante hincapié, y un poco la idea del proyecto viene un poco por aquí ¿no? Porque hace poco hicimos una cápsula de feminidad activa. Es una chica que hace todos los talleres para conectar con la sexualidad, con la sexualidad femenina y tal, y las mujeres vinieron flipadas, o sea en plan “¡buah es

---

que hacía que no me tocaba las tetas, que no sentía calor ahí abajo...! Bueno y a partir de ahí empezamos un poco a empezar a trabajar esto. Porque es importante, o sea que... y luego eso es algo que no se reconoce en ninguna parte, o sea la sexualidad es algo que a las mujeres se nos niega desde el minuto cero. Cuando nos socializamos, el amor para la mujer es la estabilidad, es ¿no?, es la pareja. Y en cambio el amor para el hombre es el sexo ¿vale? Entonces en ese sentido, a las mujeres ya desde que se nos socializa se nos niega toda esta parte del sexo. Y en este punto intentamos darle un poco la vuelta. Lo que pasa es que también hay ahí un punto importante que es la estrategia de desconectar para no sufrir, porque al final... claro, bueno, yo me imagino cómo volver a conectar con tu sexualidad después de haber sido abusada y es muy complejo. Entonces bueno, estamos viendo cómo lo podemos abordar, porque es complicado. Pero vamos, ellas es sexualidad cero patatero.

E: Vale, pero tienen consciencia de... quiero decir, están desconectadas, pero tienen consciencia de ella en el sentido de...

CN: Bueno, a veces la utilizan también como método de supervivencia ¿eh? Quiero decir, que las mujeres al final acaban entendiendo que su sexualidad es un bien, o sea...

E: A eso me refería, sí.

CN: ... es un bien material que tienen, con el que pueden conseguir dinero prostituyéndose, por ejemplo, pero luego aparte, muchas mujeres optan por tener pareja, por elegir una pareja para que les proteja estando en calle, para no estar expuestas a que cualquiera pueda abusar de ellas, y acaban utilizando su sexualidad como... bueno, perpetúan ¿no? el tema de la cosificación del cuerpo de la mujer. O sea, que nuestro cuerpo es un bien material, no es un bien individual nuestro que podemos disfrutar de él, sino que es algo que está a disposición de cualquiera y que... entonces lo que sí creemos es que lo utilizan pero porque es la herramienta que tienen, no tienen otra vamos.

E: Es como lo del contrato sexual, que el cuerpo de las mujeres siempre pertenece a algún hombre, y si no eres de ninguno en concreto eres de todos ¿no?, los que están en la calle.

CN: Sí, sí. Total. Entonces ellas prefieren establecer ese contrato con uno, que puedan elegir ellas dentro de lo que hay ¿vale?, tampoco... y... es así.

E: Y, ¿de qué manera crees tú, o creéis vosotras como asociación, que esa sexualidad podría convertirse en una herramienta... pasar de ser la herramienta de protección, a ser la herramienta empoderadora ¿no? ¿Cuál es esa transición?

CN: Bueno yo creo que es una herramienta brutal. ¿Por qué? Porque precisamente rompe con el sistema patriarcal. O sea, precisamente la sexualidad de la mujer para mí es lo más empoderador porque es lo más transgresor dentro del sistema patriarcal que tenemos ¿no? Rompe la cosificación de la mujer, rompe la libre

---

elección de disfrutar, rompe con el amor romántico... rompe con todo lo que nos está oprimiendo a las mujeres. Entonces, en el momento en el que ubicas la sexualidad en el lugar que corresponde... Y además yo creo que esos son procesos que también las mujeres... Yo tengo cuarenta y dos años, las mujeres de mi edad nos hemos podido... lo hemos podido vivir en nosotras mismas ¿no? Como a nosotras nos explicaban la sexualidad, como nosotras vivimos nuestra sexualidad con nuestras primeras parejas, si has llevado un proceso empoderador, a como la vives ahora como tal... realmente se puede ver lo que te empodera ¿no? A partir de una decisión... Porque al final lo que se nos ha negado es el placer, y el placer es una de las formas que tenemos de cuidarnos. Y el autocuidado es muy importante, no solamente el estar limpia que muchas veces hablamos en personas sinhogar de autocuidado y de no sé qué, de ducharse y tal. No, el autocuidado va de ofrecernos cosas que nos hacen sentir bien, ¿no? Y esto es una de las cosas que nos hacen sentir bien, entonces, no sé, es como... es la raíz de dónde empezar, a tomar contacto y... a conectar con... con quién eres y con tomar conciencia de que eres una persona libre, individual, y que es capaz de tomar sus propias decisiones. O sea, empezar a tomar decisiones sobre tu sexualidad es algo que viene tan oprimido, y es algo que viene tan marcado ¿no? De... de... Por el hombre el primero ¿no?, pero luego también por la parte social. Las niñas cuando se están tocando, que les dices “quita la mano”, y el niño cuando lo hace, una se ríe. O sea, quiero decir, todas estas cosas a las mujeres nos acaban indicando que eso está mal, que no está bien, entonces romper con esto que llevas tantos años eh... que lo llevas en la mochila y que te está oprimiendo, pues realmente es de las cosas más liberadoras que hay en el empoderamiento de la mujer.

E: Sí, yo de hecho, esto es una licencia que me tomo porque como entrevistadora no debería de decirlo, pero creo que lo que hacéis... lo que hablábamos antes de la participación comunitaria, lo que supone para una mujer la participación hacia afuera, yo creo que la sexualidad podría ser lo análogo, pero hacia adentro ¿no?

CN: Exacto, exacto. Es ahí. O sea, tu empoderamiento, y quizá dentro de los feminismos se ha trabajado mucho el empoderamiento colectivo, ¿no? El empoderamiento hacia afuera, que empezamos a tomar poder... Yo soy más partidaria de generar otros poderes, de romper con todos estos privilegios que existen porque muchas veces el feminismo reproducimos privilegios y bueno, es igual. Esto ya es mi rollo, pero es justamente esto ¿no? Yo creo que la historia la tenemos que escribir las mujeres y nuestra historia la tenemos que escribir nosotras y si no partimos de poder escribirla en nuestro propio cuerpo, vamos a ser incapaces de sacarlo fuera. O sea, una mujer que no es capaz, que no tiene la oportunidad de disfrutarse a sí misma, no podrá disfrutar nada. Y eso a las mujeres nos lo han prohibido. Es que nos han oprimido ahí, entonces hay un trabajazo a hacer brutal. Mas luego le sumas todo el tema de, bueno pues eso, de que estás expuesta a que te puedan violar, tal no se qué, y todo eso te limita mucho más ¿no? Y eso dificulta. Pero es que... no es que se nos haya educado hacia el libre placer y luego haya esta situación en la que... todo va unido. Todo es cultura de la violación. O sea, que las mujeres no disfruten de su cuerpo es una manera de tenerlas atadas,

es una manera de que se desconecten y entiendan que son un cuerpo y de que pueden ser violadas y...

E: Sí.

CN: Todo esto forma parte de la estructura en la que sostiene el sistema patriarcal.

E: Entonces bueno, hay una pregunta que creo que ya más o menos me has respondido y es que las situaciones de desamparo sí que están vinculadas con la vulneración de Derechos Sexuales y Reproductivos en tanto que estabas diciendo que...

CN: Bueno, y los de las maternidades, o sea, eso es aberrante. Las retiradas que se están haciendo por el simple hecho de estar viviendo en la calle, o sea, lo que se está haciendo desde las administraciones de negar la maternidad a mujeres en vez de ayudarlas a que tiren adelante con sus criaturas, si han elegido ser madres, son aberraciones. Es lo que nosotras nos estamos encontrando.

E: ¿Y esto cómo lo enfocarías? En el sentido de que hablas de mujeres que son madres y se han quedado sin casa, sin hogar, sin techo y entonces la administración directamente...

CN: Tenemos el caso de una mujer que hemos acompañado y estamos acompañando, que estaba con una relación tóxica con un hombre que vivía en la calle también pero que lo ha denunciado, que han tenido juicios, que él está en la cárcel... te quiero decir, una situación de violencia machista que ella además tomó conciencia, tiró adelante, denunció, se empoderó en esto, y en una de estas violaciones que el hombre ejercía sobre ella se quedó embarazada. No le dieron opción a tener a su criatura. Yo la acompañé en el parto, yo estuve en el parto con ella y a los veinte minutos vinieron a llevarse a su hija. Y desde el minuto cero la DGAIA le retiraba a la niña. Y a esta mujer no se le ha ofrecido ni desde servicios sociales, ni desde la DGAIA, ni desde ningún servicio, ninguna opción de que ella pudiera ser madre. Siendo, que había tomado la decisión de denunciar a su pareja, que estaba haciendo un proceso de deshabitación de tóxicos también ¿vale? Quiero decir, que llevaba un proceso muy potente. Si ahora no le das la oportunidad, ¿cuándo se la vas a dar? Aquí a las mujeres sin techo se las clasifica como que no pueden ser madres, y no van a tener ninguna opción, no se les va a facilitar que lo sean de ninguna de las maneras.

E: Ya. Quizá es que no son ciudadanas ¿no? Entonces no pueden tener ningún...

CN: No, no, no, no. Cero, cero.

E: Y te iba a preguntar si hacíais algún taller o había algún espacio de reivindicación de este tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Me hablabas antes de un proyecto que estáis tramando.



---

CN: Lo que hemos ido haciendo ha sido ofrecerles cápsulas formativas, que son muy potentes, de toma de contacto con su sexualidad, y sí que llevamos tiempo acompañando a mujeres pues eso, que han sido víctimas de abusos, o que... que han padecido una violación, que han tenido retiradas de criaturas, y esto realmente la idea es hacerlo a partir de talleres de contacto con la sexualidad. Tenemos a una ginecóloga voluntaria que vendría también una vez al mes para poder hacer revisiones allí y tal, a través de un proyecto, y es como un despacho que hacen ellos de obstetricia natural de estos que hacen partos en casa que parte del dinero que ganan lo reinvierten en proyectos sociales, y entonces vendrían a atender a las mujeres una vez al mes de forma gratuita al local, y bueno, a partir de grupos y de seguimientos individuales.

E: Muy interesante, o sea, me parece fantástico, la verdad.

CN: Sí, a ver si sale ¿eh? Porque hace falta pasta también, y ya veremos si sale. De momento estamos diseñándolo. Nosotras sí que hacemos cápsulas cada vez que podemos con ellas, sí que es un tema que trabajamos en el calor-café cuando hablamos y tal, sí que intentamos darle otro punto. Yo que sé, nos llegó una donación, por ejemplo, de condones femeninos que dio de sí un montón, para poder hablar con ellas mil cosas y... sí que cuando hay situaciones así les hacemos el acompañamiento individual y sí que ahí intentamos pues replantear un poco lo que es la maternidad, ¿no? Y lo que es la sexualidad, de cómo vivimos las mujeres la sexualidad, intentar darles un poquito una vuelta.

E: Vale, me comentabas también que estabais en la *taula de feminismes* de Nou Barris ¿no? Y yo me pregunto si... o te pregunto a ti, vaya, si se trabajan aspectos relacionados con los Derechos Sexuales y Reproductivos en esta *taula*.

CN: Bueno, eso es una mesa de participación que hace el Ayuntamiento para justificar que tienen una mesa de participación, donde se organizan el 8 de marzo y el 25-N y donde nosotras hemos intentado a veces meter todo el tema de cómo se está atendiendo por ejemplo a las mujeres cuando llegan, que han sufrido abuso sexual, o una agresión sexual, o poder trabajar con la policía esa atención o tal, y no, no hay manera, no. No interesa.

E: Vale. ¿Cada cuanto se reúne más o menos la comisión esta?

CN: Cada dos meses. Es bimensual, me parece.

E: Y estáis en alguna otra, como la de salud...

CN: No, no.

E: Vale, ahora te voy a hacer una pregunta de opinión personal. Que un poco todo es opinión personal, porque claro, al final también es basado en tu experiencia ¿no?, y en lo que has vivido en la asociación. Y es que dentro de la Estrategia para la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona, del Ayuntamiento, no están incluidas las mujeres que usan drogas como un colectivo con necesidades específicas, no lo

---

reconocen como un colectivo especialmente vulnerable. Y yo quería preguntarte, en base a tu experiencia, que probablemente aquí podríamos expandirlo, no serían solamente las mujeres que usan drogas, pero bueno, que si crees que sería conveniente incluirlas como este colectivo ¿no?

CN: Bueno, yo creo que el colectivo tiene que entrar, y yo haría un colectivo un poquito más amplio, que sean mujeres que están en situaciones de vulnerabilidad extrema, o sea, una mujer que está con consumos activos, que muchas veces nosotras lo vemos, que utilizan su cuerpo para pagar las drogas por ejemplo, ¿no? O sea, o mujeres que están en calle, que para conseguir dinero se prostituyen, o que el hecho de haber consumido o de estar viviendo en calle las expone a una serie de abusos que yo creo que son estadísticamente mayores que cualquiera de las mujeres, que nosotras, o sea, ellas tienen una probabilidad de ser abusadas brutal, o sea brutal, que nosotras ni siquiera, aun teniendo posibilidad también, cualquier mujer tiene posibilidad, pero estas mujeres están... o sea, lo tienen a la orden del día. Entonces que no se las considere en este sentido, o sea, es que ¿qué pensamos? Que esas mujeres se van a recuperar, o que es normal que las abusen, o ¿qué pensamos? Porque claro, aquí nadie está trabajando cómo una mujer después de un abuso una mujer puede restablecer su sexualidad, su salud reproductivo-sexual, nadie lo está pensando. O sea, y estas mujeres que sabemos que están abiertas a que sean abusadas millones de veces a lo largo de su estancia en la calle o su relación con el consumo de drogas y tal, o sea, no lo enti... yo, la verdad, a mi me cuesta mucho y por otras partes este ayuntamiento me gusta en el sentido de que está poniendo muchas cosas en el centro y tal, pero para mí se está quedando muy a medias tintas, está siendo muy poco contundente y muy poco práctico en la realidad, o sea, me da un poco la impresión de que lo estamos haciendo todo un poco de boquilla. Y que lo estamos haciendo todo muy de... ¿no? Como para justificar políticamente que somos feministas, pero a ver. O sea, cómo lo estamos llevando a la práctica si a estas mujeres no las estamos incluyendo. O sea, no sabía que no se incluían, pero es que me parece una aberración, que no se las incluya. Si no las incluimos a ellas ¿a quién vamos a incluir?

E: Creo que hay incluidos, están, mujeres transexuales, personas con diversidad funcional...

CN: Prostitutas ¿no?

E: Sí, trabajadoras sexuales y personas con diversidad funcional. Que esos colectivos están bien...

CN: Sí, sí, claro. A ver, que cualquier mujer, con lo que hablábamos antes, tal cual está montado el sistema patriarcal, cualquier mujer necesitamos, requerimos, tendría que ser algo que estuviera en las escuelas. Que a nuestras hijas les pudieran dar toda esta información, que pudieran tener este empoderamiento desde el inicio, porque desde el inicio se las está oprimiendo en este sentido. Entonces, sería necesario para todas las mujeres. Pero si hacemos algo específico, y hacemos una política social que sea para cubrir a las que están en situaciones más

---

desfavorecidas, ¿no?, o que hay que ponerle un plus, mmm, pues no sé... pero es que yo el otro día en la *taula* de feministas decían que íbamos a salir de esta, poniendo la perspectiva de género, no sé qué... yo, hay días que tengo, reuniones con el Ayuntamiento de Barcelona de doce de la mañana a seis de la tarde, que es cuando pueden salir las criaturas a la calle. Yo estoy sola con mi hija en casa, ¿cómo lo hago? ¿Cuándo la saco? O sea, ¿qué conciliación es esta? No existe la conciliación, no existe el poner los cuidados en el centro, si estamos poniendo reuniones en el horario que pueden salir las criaturas, o estamos dando por hecho que a esas reuniones irán hombres y que serán las madres las que saquen a las criaturas.

E: O estamos dando por hecho que las familias son extensas, o que... o sea, no estamos valorando todas las circunstancias posibles que pueden tener las personas.

CN: Exacto. Y las mujeres, más del 80% de las familias monoparentales, la persona adulta es una mujer. Entonces ahí hay una clara discriminación.

E: Te pregunto una cosa más, Clara. Si tenéis relación con alguna asamblea de vecinos, o asociación de vecinos, o el *placomunitari*...

CN: Sí, mira, cuando teníamos el local en Prosperitat, estábamos en el local de la asociación de vecinos y vecinas de Prospe, y participábamos. Y ahora que estamos en Verdum participamos en el *Pla Comunitari*, o sea que... es básico para nosotras.

[...]

#### A.2.4. Entrevista 4

[...]

E: Bueno, en primer lugar, a modo de introducción ¿cómo percibes tú los Derechos Sexuales y Reproductivos en el colectivo de mujeres que usan drogas?

MM: Bueno, eh... los percibo por su ausencia. Esto es un tema ya de... de hace muchos años, no se contempló en los centros ya... en los CAS en su inicio, en los centros de reducción de daños... nunca ha sido la prioridad, lo que ha sido evidente es que las mujeres o abortaban o perdían las criaturas, y esto ha sido algo... que yo no creo que haya mejorado mucho últimamente, es decir, que siempre se ha antepuesto la salud o la conveniencia del niño o de la criatura por encima de las necesidades de maternidad o de... no sé, o de cuidado, o incluso, todos los servicios cómo se han adecuado, ¿no? No se han adecuado para que pueda haber cosas tan sencillas como las pruebas de embarazo y los recursos para poder detectarlos. No solamente si hay infecciones ¿no? de otro tipo, sino que haya... que la mujer sepa que se puede acercar a un recurso para consultar sobre su salud sexual y reproductiva. Todo ha sido muy punitivo realmente, solo se ha atendido a la enfermedad, no a la salud reproductiva, no a mejorar esa salud, por tanto, yo creo que eso ha hecho que se alejen las mujeres de esas demandas, porque no han encontrado respuesta. Yo creo que esta ha sido la tónica general y el fallo en general. Que haya algún recurso que

---

haya puesto en marcha algún programa determinado, que ahora se sea más consciente, que... ¿no? uno se lamenta por no haber hecho estas gestiones o estos... Yo creo que en esto sí que hay una conciencia real, ¿no? Que muchas veces todo el tema de la salud sexual y reproductiva está ligado a situaciones de violencia y que no se ha tenido en cuenta, es decir...que eso también, yo pienso que muchas veces ese tema de salud tiene que ver también no solamente con la reproducción sino con las agresiones o con el tema de tener que intercambiar sexo por dinero como forma única, o principal en las mujeres. Y esto ha ocasionado muchas infecciones, en su momento hubo... infecciones muy específicas, bueno, incremento de carcinomas, o sea que ha habido todo un... ¿no? Y eso se había demostrado en estudios. Ahora no me acuerdo, pero era si el cáncer de cuello de cérvix era mucho mayor... toda la presencia de... de células cancerosas por el tema de relaciones sexuales no protegidas y en condiciones de abuso, o bueno, o en estado no... de no poder decidir si quieres o cómo quieres tener las relaciones por haber consumido. Entonces yo pienso que esto hace tiempo que se sabe y que se podrían haber tomado más medidas.

E: Con esta respuesta has respondido tangencialmente a algunas cosas que venían ahora. Por ejemplo, te iba a preguntar respecto a estos derechos y atendiendo a que las drogas no son un fenómeno aislado, es decir que una mujer que consume probablemente no solamente consume, sino que hay otras circunstancias a su alrededor vinculadas a ese consumo, diversas y variables, ¿consideras necesario atender a la especificidad del colectivo de mujeres que usan drogas o crees que habría que hacerlo más en un sentido amplio como de mujeres en circunstancias de vulnerabilidad?

MM: Yo creo que hay que poner el foco en las mujeres que usan drogas, eso no es excluyente del resto, pero creo que sí hay que ponerlo porque realmente si estamos diciendo que las mujeres necesitan, cuando hablo de mujeres en general, unas atenciones específicas determinadas, ¿cómo no van a tener dentro subgrupos que tengan diferentes características, diferentes necesidades? Esto es por supuesto. Es decir, no tiene ningún sentido poner un programa de intercambio de jeringuillas para mujeres en la plaza Bonanova y sí que tiene, por ejemplo, una sala de consumo en el Raval para mujeres exclusivamente. Igual que eso, pues con muchas otras cuestiones. El tema... bueno, sí sí...

E: Para no difuminar las necesidades del colectivo ¿no?

MM: Exactamente, o se tiende a no hablar de las mujeres o englobarlas en este concepto general de consumo de drogas o consumidores, o bien... entonces claro todas las recomendaciones son en general, para los hombres y tal, o bien cuando se pone el foco también se considera que las mujeres son únicas ¿no? Esa necesidad de mujeres tiene que estar representada incluso aunque pongas el foco en las mujeres que usan drogas. O sea que yo pienso que merece un trato más específico ¿no? En todos los sentidos.

---

E: Entonces, ¿qué opinas sobre la implicación que tiene la sexualidad en el contexto de consumo?

MM: Bueno, yo creo que tiene mucha, tiene mucha. Primero porque vinculas a diferentes parejas sexuales ¿no? Si hiciéramos un análisis del tema del propio cuerpo del uso del cuerpo sería cómo tu cuerpo puede ser motivo de intercambio de dinero para tener drogas ¿no? Intercambio de sexo por drogas, intercambio de dinero para conseguir drogas, intercambio sexual con parejas afectivas, parejas que están ahí para también conseguir muchas veces que tengas un protector que vaya contigo, que duerma contigo en la calle. Es decir, bueno, yo te proporciono alguna relación sexual a esta pareja que no podríamos decir pareja en sentido normativo estable, sino son parejas que durante la vida se pasan por la vida de las mujeres, y también son contextualizadas por ellas en diferentes situaciones. Puede ser desde la afectiva o padre de los hijos en un momento determinado, puede ser la pareja más próxima que sea amigo consumidor y persona que yo te... te consigo dinero por esta parte, son tratos que son bastante estables ¿no? Sería como un matrimonio de conveniencia, de que yo robo, o yo consigo pasta o yo consigo otra cosa, ¿no? Bueno, realmente cuando hay un consumo, hablar de relaciones de pareja y tal, cuando los dos consumen, es difícil, ¿no? Y los casos que ella consume y el no, son prácticamente... muy aislados, esas parejas se han roto porque ella se ha quedado los hijos, o se los ha quedado él, o la familia de ella... o sea que en ese sentido yo creo que también estaría bien poder ver qué tipo de relaciones establecen ¿no? Y qué nivel de relación sexual, o relación de... bueno, cómo manejan ahí su sexualidad. Y por supuesto, yo creo que la ausencia de placer en las mujeres, ¿no? *Vulldir*, eso también es importante, hasta qué punto... bueno, su relación sexual, que no lo sé, es como hipótesis, ¿no? Ver cómo el placer entra ahí o está sustituido totalmente por la droga ¿no? Y como eso ha sustituido... la ausencia de dolor y la ausencia de plantearte si a través de relaciones sexuales puedo tener placer, y claro, eso es chungo porque realmente son cuerpos que... que bueno, que no sienten, que no tienen esa posibilidad del placer.

E: Justo iba hacia aquí ahora mismo, hacia el tema del placer. Te iba a preguntar si igual que la sexualidad puede tener este carácter tan mercantil a la vez que vulnerabilizador o opresivo, también si considerabas que la sexualidad puede ser una dimensión empoderadora trabajada desde otro punto...

MM: Claro.

E: ... y al hablar de este empoderamiento, que no sé si es una palabra que también ya está muy manida pero no sé si iría por aquí, pues hablar del placer, del erotismo... Porque ya entrando un poco en el tema del documento de la Medida de Gobierno, sí que se define la salud sexual con la definición de la OMS, que habla de experiencias sexuales agradables, se habla, se define la sexualidad también hablando en estos términos: erotismo, placer, intimidad. Y, sin embargo, estas cuestiones no están reflejadas en este documento de ninguna manera ¿no? No aparece nada vinculado con esto, ni cuando se habla de programas tampoco, se trabajan mucho las violencias sexuales, ITS, interrupciones del embarazo, pero no hay referencias a la

educación sexual desde una vivencia placentera en el cuerpo y mucho menos en este ámbito institucional de este documento concreto que es el me gustaría también abordar ahora a continuación. No sé que podrías decir de todo esto que te he...

MM: Estoy un poco... a ver, ¡hazme una pregunta!

E: Venga, la primera pregunta es si crees que la sexualidad puede ser empoderadora trabajada desde el lado opuesto a...

MM: Sí, totalmente que sí. ¿Por qué? Porque bueno, poder descubrir que es un ámbito en el que alguien, en que tú misma tienes decisión, te ayuda a poder relacionarte con el otro desde fuera desde otra posición, por tanto, esto es básico. Si tú esto lo dejas en segundo plano, cuando alguien interpele a tu sexualidad, o te juzgue o quiera tal, no vas a tener esa conciencia de que tienes derecho ahí. Entonces yo pienso que esa es la parte primera, para empezar. Además, ayudaría también mucho a poner límites ¿no? A... y a poder denunciar aquellas situaciones que van en contra de tu voluntad porque no es tu deseo, y eso creo que es importante.

E: Y luego, la otra parte de la pregunta era, ¿de qué manera se puede reflejar esta cuestión del placer en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos? O sea, en cosas más concretas ¿no?

MM: ¿En cosas más concretas...?

E: Algún tipo de acción... sí.

MM: Bueno, claro, realmente cuando... hay una invisibilidad del colectivo de mujeres que usan drogas. Entonces claro, cuando hay... hoy por ejemplo, es el Día de la Salud de las mujeres ¿no? Pues nos lo hemos centrado en parte de las trabajadoras sexuales, porque no solamente... *vull dir* que yo pienso que la visibilidad... ese tema de... de poder también desde diferentes grupos de feministas o diferentes grupos de mujeres... de visibilizar este tema, creo que es importante. Igual eso sí que ayudaría a ubicar ese punto en un punto importante. Y también a nivel de los profesionales ¿no? Yo creo que, si hablamos de abordaje integral, ya sé que esto es una palabrota, y muchas veces... claro, los aspectos de salud no pasan nunca por ahí ¿no? En ese aspecto de las mujeres. Yo creo que la atención a las mujeres tanto en el consumo de drogas especialmente cuando se vinculan a los diferentes servicios, esa parte habría de ser explorada, esa parte habría de haber recomendaciones específicas de reducción de daños y de mejora de esas habilidades o de ese empoderamiento ¿no? Ese tema creo que está pendiente trabajar por diferentes profesionales de la atención.

E: Vale, pues entramos de lleno en la *Mesura de Govern*, y te pregunto si crees que esta medida ha tenido algún impacto en el colectivo de mujeres que usan drogas. Porque nació de una necesidad este documento detectada por profesionales pero, ¿ha tenido algún impacto realmente desde el 2014 que se...?

MM: Yo creo que no. La verdad es que no. Sí que tú que te la has leído más recientemente, yo ya no me acuerdo desde que salió, pero si crees que hay algún punto que dices pues esto podría haber sido tal. Yo ahora no me la he revisado y tampoco quiero hablar por hablar, pero yo diría que no. No. No. Yo creo que... no. Yo creo que es todo bastante más genérico. Es lo que te decía, *vull dir*, es un marco más general que luego hay que bajarlo. Entonces, no creo que se haya bajado lo suficiente en el tema de mujeres que usan drogas o no se ha puesto... se ha basado yo creo que más en temas de prevención, tema jóvenes, tema población más general, pero no se han abordado temas de colectivos específicos que tengan especial vulnerabilidad.

E: No, de hecho hay un documento que es el Marco de la Estrategia, que aparece tú en los títulos, que hablabais de colectivos identificados con necesidades específicas que son pues personas con diversidad funcional...

MM: ¡Justo!

E: ...personas migrantes con necesidad de intérprete, personas con diversidad sexual, y claro, yo no sabía si aquí podrían entrar también, en un supuesto hipotético, las mujeres que usan drogas como un colectivo con necesidades específicas.

MM: Por supuesto, por supuesto. Lo que pasa que igual en aquel momento pues no lo pusimos o quedó diluido o... bueno, es un error, sí, sí, es un error.

E: Bueno, que no te lo decía como...

MM: No, no, te lo digo... claro, es que a ver, los errores se han ido acumulando, no solamente desde fuera, se han acumulado desde los profesionales, desde... desde que a veces los espacios de incidencia han sido ocupados pero han sido ocupados de una manera...más tímidamente... bueno, en fin, que hemos aprendido en este tiempo que no hay que bajar la guardia para nada, eso es cierto.

E: Sí, sí, y que luego los grupos de trabajo también una hace hasta dónde puede llegar y quiero decir, que son grupos que formados por varias personas pues... tampoco tienes toda la potestad para...

MM: Bueno, y que también en la administración canalizan mucho esos grupos, y luego cómo vas representando, porque a veces las personas vamos representando a un grupo determinado y no a otro, ¿sabes?

E: Sí, sí.

MM: Y depende de quién inviten, y para qué te inviten si... si estás ahí pues como... "general" pues hablas de todo un poco, si estás más "específica" defiendes más tu colectivo y es que eso... es un poco así, la verdad.

E: Sí, sí. Mira, al vincular los Derechos Sexuales y Reproductivos con los determinantes de la salud y al estar suscrita esta Medida de Gobierno a una

---

estrategia de la OMS que se llama *Salud en todas las políticas*, a mí me parecía que se estaba indicando que es una familia de derechos que son transversales. Y no sé si en ese sentido, en esa transversalidad, si tú crees que podían mejorar los contextos de vida de las mujeres consumidoras. O sea, si la garantía de estos derechos transversales... Me has respondido un poco a esta pregunta cuando me hablabas de la sexualidad y el empoderamiento...

MM: Sí, y de la violencia, claro todo. Sí, yo creo que sí, que te he respondido, creo que va todo por ahí.

E: Bueno aprovecho, así introduzco el tema de la transversalidad. En el documento se habla de “coproducción de políticas públicas”, no se menciona transversalidad en ningún momento, y no sé si hay alguna diferencia entre estos dos términos, algún matiz o simplemente es una nueva manera de llamar a lo que...

MM: Sí, es una nueva manera porque realmente... al final no sabes... bueno esto lo puso mucho en boga *Barcelona en Comú*, el gobierno así más... de alguna manera más progresista. Lo de la “coproducción”... esto es un término, quiero decir, este término me falta yo lo pongo porque esto queda bien, no es como el corta y pega ese que se utiliza, antes era transversalidad, ahora es coproducción, y en definitiva es cambiarle el nombre porque... sí que es cierto que no solamente desde las administraciones utilizan ese término porque hay que ponerlo. Creo que diferentes administraciones lo harán con más sentimiento de que lo tienen que hacer y otras dirán “lo pongo por poner”, pero sí que es cierto que también ha dado un impulso para que las entidades reivindiquen más que esa coproducción es un compromiso. Entonces, esa transversalidad quizás quedaba como “bueno, sí, tiene que pasar” pero al final eso era un término muy vacío ¿no? El término de coproducción aunque sea un poco más de lo mismo, nos da más pie a... bueno a exigir que realmente “co”, ese “co” de coproducción quiere decir cooperar. No solamente cooperar para estar allí y que te pongan el nombre sino que hay un compromiso de la otra parte también, de esa cooperación y coproducción. Lo veo así.

E: Pues es interesante esta reflexión porque no veía la influencia, pero lo estoy viendo con esto que dices. Y claro, ahora podríamos hablar eso, de transversalidad o de coproducción, pero en el caso concreto de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Mercè ¿tú crees que diluyen un poco... que la transversalidad diluye un poco la efectividad de algunas acciones de promoción? Hablabas de que es un término que a veces se ha quedado un poco vacío y no sé si nos encontramos en ese caso en este ámbito.

MM: Sí... a ver, yo creo que también el término transversalidad quiere decir que los agentes implicados o implicadas tienen formación, tienen sensibilidad, ¿no? Es como dar por sentado una serie de cosas que no están, entonces, esa transversalidad... si pasa por agentes que no... Es igual que atravesen, yo puedo atravesar una pared blanca y una pared negra, *vull dir que*, es como... ¿qué atravesas? ¿Atravesas un terreno abonado? ¿Atravesas algo yermo? ¿Qué atravesas? Si no atravesas nada que pueda interactuar o puede mejorar, es un filtro más, se convierte en un obstáculo,



en un impedimento. Por tanto, esa transversalidad entendida así no tiene ningún sentido ¿no? Tiene sentido si las agentes o las diferentes... si esos capilares que van entrando en diferentes estamentos, en diferentes equipos y tal, tienen esa formación previa, y ese conocimiento previo ¿no? Si no, yo creo que están dificultando, porque de alguna manera estás diciendo que estás haciendo algo y no lo estás haciendo ¿no? Y claro, es una pérdida de tiempo y de energía para otras agentes que están implicadas que también... yo creo que están en otros niveles. Entonces yo creo que eso es lo importante.

E: Sí, de hecho en el documento habla de proporcionar una formación continuada o más o menos continuada a los profesionales del ámbito de la salud.

MM: Claro.

E: Y yo me preguntaba después también de haber hablado con profesionales del CAS si esto se estaba llevando a cabo, y si era que sí, quién lo estaba llevando a cabo, si la propia administración o era parte de esta coproducción de políticas públicas en la que las entidades también estabais formando a otros profesionales.

MM: Sí, hay un poco de todo, a ver. Creo que en tema de formación... bueno, puede ser que ya hagan muchos cursos, *vull dir*, que las entidades hacemos muchos cursos, ya nos formamos, la administración ya hace cursos, pero al final no es un hacer por hacer, es qué tipo de cursos bajo qué... qué objetivo tiene el curso y cómo se va a aplicar lo que tú... eso hay un vacío porque yo puedo tener veinte títulos, pero pf, ¿entiendes? Puedo tenerlo como méritos porque eso está vinculado, sobre todo en los profesionales sanitarios ¿no? De tener méritos para que sume para las plazas, pero realmente que el objetivo sea mejorar la atención, que haya un seguimiento, que esté vinculado a cambios o proyectos que se derivan de esa formación... eso no está, no está ahí. Entonces, sí que podemos hablar de sensibilización, yo creo que hasta ahora podemos hablar de sensibilización pero formación yo creo que no. La formación implica otros niveles. Implica una evaluación posterior, implica muchas otras cosas, la aplicabilidad... si no estamos sensibilizando, en principio a una población de profesionales o de agentes implicados, que ya tendrían que estar formados para atender estas necesidades. Si no es un poco pasar de puntillas, decir “bueno, vale, sí” o “ya lo hacen estos que ya saben, entonces yo me desentiendo”. Yo pienso que va un poco por ahí.

E: Y en esto que decías antes de que había que bajar estos objetivos, o este documento que igual no se había bajado suficientemente, ¿podrías hablarme...? Claro, como te entrevisto en calidad de presidenta del Comité 1 Diciembre, y el comité está presente en la Estrategia de salud sexual y reproductiva, a través de la taula y del grupo motor... ¿de qué manera se gestiona el control de los objetivos anuales? ¿Cómo se trazan? ¿Cómo se evalúan? ¿Hay algún organismo más institucional que os acompañe en esto? No sé, cómo funciona un poco todo este proceso.

MM: Madre mía, has entrado aquí en el melón...

---

E: Claro, es el melón que me interesa...

MM: Claro, hay un grupo motor ¿vale? Pero ese grupo motor es un poco... bueno, no sé, no sé si meterme ahí. A ver, eh... lo que decíamos antes de... el control siempre acaba siendo de las administraciones ¿vale? Por muy poroso, por muy capilar, por mucho que escuchen, por mucho que tal... yo creo que ahí no está exento de una dirección política. Quiero decir que tú puedes montar un grupo motor, una estrategia ¿no? Informativamente hacer llegar los documentos, a nivel de comunicación porque también hay un grupo de comunicación de profesionales que estamos ahí, porque claro, estoy en varios sitios. Estoy como grupo motor, formo parte de la estrategia porque entre las diferentes entidades que están y luego dentro de los grupos específicos y también estoy en el de comunicación. O sea que sí que... a ver... yo que sé. Si esto funcionara de una manera más... yo que sé, más libre, libre quiere decir que quien organiza es juez y parte, por mucha capilaridad, por mucho que se escuche y que muchas veces hay una necesidad de escuchar a otros agentes porque realmente la administración ya tiene mecanismos para saber lo que hacen sus profesionales porque también... es una manera de que las diferentes administraciones estén ahí, porque puedes estar en el grupo motor y *Generalitat i Ajuntament* y también haya como una pugna de fuerzas, es decir “yo hago esto, yo hago esto”, es decir, todo esto está presente. Sí que es cierto que si ha mejorado mucho... yo creo que hay una declaración de intenciones, más que nada, más que nada. Yo creo que aún queda mucho trabajo por hacer y si se convierte en una utilización por las administraciones de marcarse tantos pues no vamos bien ¿sabes? Porque cada uno se ubica el ombligo del mundo, entonces eso es difícil muchas veces poder gestionar grupos así, que pretenden... porque los grupos técnicos acaban siendo... excepto nosotras que como representantes del comité que no tenemos una directriz más allá del consenso con las entidades, las representantes y las que tienen responsabilidad pues en centros de... en la gestión de los centros de atención a la salud sexual, o los centros de ... *vull dir*, todo el mundo tiene ahí un jefe superior que man... que está diciendo, o sea que... bueno, queremos pensar que no son solamente buenas intenciones pero también denunciarnos en momentos de decir ¿esto qué...? ¿Dónde está el presupuesto? ¿Dónde está el presupuesto? Clarifícamelo. ¿Dónde está la evaluación? ¿Dónde está el seguimiento? No me digas que va a haber una estrategia de salud sexual desde el principio y no sabemos el presupuesto. “No... porque estas acciones luego se suman, esto forma parte de la estrategia...” Claro al final, todo el mundo hacemos estrategia, pero claro, no hay un presupuesto. Esto fue a la Pilar Solanes, se lo dijimos desde el primer día, llevamos más de un año y medio o dos pidiéndoselo desde la primera reunión, consta en todas las actas, y además decimos “que conste en acta” Pum. No hay manera, no hay manera, porque realmente no hay un dinero que se destine a esto. Tú puedes decir: la estrategia se compone de cosas que ya se están haciendo y de otras que se van a incorporar ¿no? Y que van a surgir de nuevas necesidades o de planteamientos diferentes a los que están llevando. Y para esto va a haber una dotación inicial de veinte mil millones ¿no? ¡Que los pongan ahí! Que digan, esto se suma a lo que consideramos ahora ¿no? ES como lo que hace el Simón, a ver ¿qué criterio tenemos? ¿Qué estrategia sexual? Vamos a hacer un *checklist*. Pero destina de entrada este presupuesto inicial que va a complementar,

---

que va a mejorar las cosas que ya se están haciendo, pero dime qué te vas a gastar en mejorar, porque no lo sabemos, no lo sabemos. Yo creo que ese es un problema, porque no podemos... ¿qué se fiscaliza? No podemos saber nada, nada, nada. Y también lo que pasó con la incorporación también desde el *Departament de Educació*, *ha quedat així... d'Ensenyament, no és d'educació... de l'ensenyament a l'edat infantil, que després es va dir que a Barcelona ja ho tenia...* bueno en fin, un follón. Que dices bueno chicos, a ver... ¿estamos o no estamos? ¿Estamos por la labor o qué estamos haciendo? Entonces bueno, es muy cansino todo esto, la verdad, es muy cansino.

E: Ya me lo imagino, porque de buena tinta sé que las entidades sí que van haciendo, y se trabaja este asunto cada una por su cuenta o más o menos de una manera unificada entre vosotras, pero claro mi pregunta de cara a esta investigación era también esta ¿hay un compromiso unitario junto con la administración? O, ¿hay unas medidas que sean homogeneizadoras de... de tal estrategia o de aquella otra? Te preguntaba sobre objetivos porque también el documento de la *Mesura de Govern*, dice, y perdona que insista tanto con el documento, porque sí que es verdad que me lo he leído estos días y lo tengo muy fresco...

MM: Vale, perfecto, tu dime y yo me voy acordando, porque si no, tengo la cabeza loca... ¡dime!

E: El documento habla de que los objetivos anuales se trazan en función del informe anual *La salut a Barcelona*. Yo he mirado los informes desde 2012, que se supone que en 2012 comenzó a gestarse esta medida de gobierno, y desde 2012 hasta la actualidad, te puedo decir que el apartado dedicado a salud sexual y reproductiva son tres o cuatro párrafos en un informe de más de 100 páginas, que básicamente trata la salud reproductiva, es decir natalidad y fecundidad, de otros aspectos de la sexualidad no trata nada. Creo que en el 2013 hay un párrafo sobre el colectivo LGTBI, y ya está. Esto del 2012 al 2019 ¿eh? Entonces, si el documento dice que los objetivos anuales de la estrategia se trazan desde este informe, ¿qué objetivos se trazan con esta información tan somera, o tan específica del ámbito reproductivo? No acabo de verlo, por eso te preguntaba concretamente sobre objetivos, ¿cómo trabajáis esto?

MM: No, no, no. Estos informes anuales... se hace una presentación que viene la regidora o la comisionada y no sé qué, se dejan ahí, y está en suspense, *vull dir* que se aprovecha para hacer un material informativo sobre... para jóvenes o métodos anticonceptivos... alguna campaña, se aprovechan para esto, pero realmente no... no. No se están marcando unas prioridades, al menos en estos grupos ya te digo yo que no, ya te digo yo que no. Y cuando a veces se han instado a hacer grupos de trabajo para mejorar... bueno de hecho, yo estaba en el grupo de salud sexual y reproductiva y... en el grupo de trabajo, porque hay de ITS, de jóvenes... y ese, ese no se puso en marcha. Se priorizaron los que ya querían: jóvenes, no sé qué, ITS... pero realmente, el otro que podría tener más meollo, que tenía que ver con la atención, con las mujeres, con el trato discriminatorio, bueno o con las dificultades de acceso... Sí que es cierto que algún momento que eran veinticinco

---

grupos de trabajo, y se paró, pero sí que es cierto que no sé cómo... bueno sí... al final se priorizó jóvenes porque era una estrategia que también interesaba, tenían mucho ya trabajado, y también se había trabajado mucho desde el comité como grupo, como propuesta. Era algo que ya estaba muy avanzado. El resto... ya te digo, ese grupo no acabamos de convocarlo, entre que era todo trabajo, trabajo, trabajo, y que ya te digo, no veíamos mucho la predisposición a... y bueno porque no se trabaja por objetivos, que los objetivos en todo caso ya están marcados, las prioridades también. Esto es un tema a volver a insistir, y el tema de la evaluación, bueno, esto son asignaturas pendientes.

E: Entonces vosotras como entidad, también como directora de entidad y como representante de entidades... las entidades entonces vais un poco por libre, si esto no está como organizado de esta manera ¿no? Con estas asignaturas pendientes que comentas, pues vais trazando vuestros objetivos propios, con los colectivos que trabajáis y...

MM: Sí, la verdad es que sí. Y también denunciando situaciones y un poco cuando se observa algún tipo de atención inapropiada entonces sí que de alguna manera hacemos este tipo de incidencia, pero trabajamos con los canales y con profesionales que están ya haciendo ese trabajo, y cuando hay que abrir nuevos frentes, nuevos caminos, ahí es donde tenemos las dificultades, entonces esto sí que se... Pero bueno, como se actúa bastante por territorios estas vinculaciones, esta red de atención y apoyo sí que cuando precisamente cuando no interviene la administración muchas veces es mucho más ágil, saludable y efectiva. Ya te digo, porque sino... entramos en... en todo este sistema que dices "sí, vale" pero que te desgasta, porque no... Es lo que dices tú, no hay nada claro, a veces no hay directrices claras. Se propuso trabajar por territorios, también el tema de abordar esto por territorios con experiencias piloto, como propuesta de entidades, luego se la apropiaron... y un poco se pretendía esto ¿no? Detectar situaciones en territorio, hacer grupos de trabajo con profesionales que estaban allí implicados y ver qué necesidades formativas había para marcar estos circuitos pero desde un punto de vista más comunitario, que era lo importante. Comunitario de verdad. Que esta palabra, ya me jubilaré y aún estaremos hablando de lo comunitario y no sabemos lo que es comunitario ¿no? Pero bueno...

E: También se ha vaciado mucho esta palabra, sí. Sobre el territorio de Nou Barris, ¿qué agentes, organizaciones o programas conoces en Nou Barris que trabajen desde un enfoque de derechos con mujeres que usan drogas? Si conoces alguno...

MM: No, no. No, que yo sepa en estos momentos, no.

E: Y, ¿cuáles dirías que son las claves para las garantías de los DSyR en mujeres que usan drogas?

MM: Bueno, la clave es poner en el centro las necesidades de las mujeres, es la clave. Es decir que, no hacer desde los profesionales hacia las mujeres, sino abrir los servicios para escuchar esas necesidades. Esa es la clave. A partir de ahí... ¿que es difícil? ¿que es innovador porque no se ha hecho nunca o no se hace con

---

garantías? ¿o que sea piloto y no sea de continuidad? Bueno puede haber muchos factores, pero eso es clave. Si no acercamos a las mujeres a los servicios, y eso está pasando que no es así, entonces no se prioriza. Si no escuchamos no sabremos cómo hacer las cosas mejor.

E: Vale. Y a grandes rasgos, ¿qué crees se está haciendo bien y qué se podría mejorar? Entiendo que se podría mejorar lo que acabas de decirme, poner en el centro las necesidades de las mujeres, y como aspectos positivos, puede ser por parte de entidades, o de la administración pública.

MM: Bueno, yo creo que no solamente las entidades, sino profesionales de primera línea y algún técnico de las administraciones también están sensibles a esto, y saben que... pero es como si tuvieras una piedra que costara mucho mover. Ahora hemos hecho tan gordo esto, que ahora se ha convertido en un problema para mover esta piedra. Hemos puesto una piedra tan grande de barrera que ahora cuesta mucho sacar esa piedra, pero bueno, si todo el mundo vamos en la misma dirección esa piedra la sacamos. Es un símil de decir, no se trata de... porque ayer teníamos una reunión también de coordinación con el estudio REDAN, que es el estudio de reducción de daños, que formamos parte también como Àmbit, como entidad que está coordinando el estudio de campo. Bueno, pues decíamos esto, que realmente hay muchos resultados que los estudios están visibilizando, y no modifican en nada los recursos realmente. Con esto que tenemos, yo les decía, decimos que el perfil del usuario tipo que va a los servicios de reducción de daños o a las salas... es este. Tú puedes decir que estamos atendiendo a ese tipo de personas, pero ¿nos estamos cuestionando qué gente estamos dejando fuera? A las mujeres las estamos dejando. ¿Responden a las necesidades? Es decir, que cuando... es un poco la doble lectura de los estudios, no solo tienen que reflejar a quién llegamos, y tienes que interpelar porqué no se modifica y porqué año tras año tenemos un perfil similar, o más de vulnerabilidad cuando no se abren a otros perfiles. ¿Se están abriendo otros espacios para atender estas necesidades? No. ¿Nos lo planteamos? No. Entonces había gente que decía “aquí abriremos un melón”, y yo decía “o lo abrimos o no lo abrimos”, pero no podemos dejar de mencionarlo porque... y esto yo creo que cada vez más, pero claro es lo que te digo, es un pedrusco y... ahí está. Tenemos un pedrusco en el camino.

[...]

#### **A.2.5. Entrevista 5**

[...]

E: ¿Cómo percibes tú los Derechos Sexuales y Reproductivos en el colectivo de mujeres que usan drogas?

GA: Yo percibo que están bastante vulnerados, bastante vulnerados. Son impresiones ¿eh? Tampoco te puedo dar mucho detalle pero entre lo que llamamos violencias institucionales, evidentemente no está integrado como tal bajo ese concepto. Creo

que es justamente un reto pendiente, avanzar en ese análisis y ponerle ese nombre, pero todo lo que tiene que ver con el derecho al aborto o al no aborto, por ejemplo, creo que es uno de los más vulnerados, ¿no? O todo el análisis de los consumos, por ejemplo, en el ámbito de las mujeres cannábicas o que usan cánnabis, todo el control en los procesos de maternidad, que además es mucho más agravado en ellas que en ellos, es decir, más allá... algo que a mí me parece importante, cómo se construye el concepto de la maternidad sólo asociada al embarazo, y esa es la justificación o legitimación para hacer un control exhaustivo del consumo [...] la coartada para mí es cómo biológ... la coartada biológica para asociarlo al embarazo es o dejas fuera el nivel de sanción social y también de vigilancia sobre los padres de sus futuros niños y niñas ¿vale? Eso supongo que lo habrás visto. Es imprescindible saber el consumo a todos los niveles de la mujer, y en cambio, el de los padres, es mucho más laxo, ese control ¿no? Al punto que puede llegar a una retirada. Sin embargo puede estar una mujer consumiendo algo, con todas las sanciones que puede suponer, la madre. Un padre puede estar consumiendo mucho más y eso no impacta en el ejercicio de su paternidad, por ejemplo.

E: Sí, sí.

GA: Además del análisis de las violencias sexuales recibidas, cómo es menospreciado por los cuerpos de seguridad, por ejemplo, cuando las mujeres que usan drogas relatan violencias sexuales recibidas, es decir, ya son mucho menos creídas, etcétera. O sea, creo que estos son algunos de los ámbitos de vulneración de derechos.

E: O sea, que sí que considerarías que es un colectivo especialmente vulnerable por la violencia institucional.

GA: Sí. Absolutamente, sí, sí.

E: Vale. Respecto a estos derechos, y teniendo en cuenta que las drogas no son un fenómeno aislado, es decir que las personas normalmente no solamente consumen drogas, sino que hay una multidimensionalidad de las circunstancias, ¿consideras necesario atender la especificidad de este colectivo entonces? ¿O crees que habría que hacerlo con las mujeres en situación de vulnerabilidad, en general?

GA: A ver, es que no son excluyentes. Está bien ¿eh? Pero la pregunta no me hace sentir así en concreto. Evidentemente [...] nos viene de fuera, bueno, a las mujeres y a todas las personas, con lo cual me aproximo a esto no tanto como con condiciones de vulnerabilidad que las personas tienen sino de factores sociales que inducen a esa vulnerabilidad. Ahí evidentemente existen diversos factores que se suman, y el consumo de drogas es uno más, pero, también creo que es necesaria la especificidad por el estigma social que tienen las drogas específicamente, ¿no? Y de hecho, incluso como te comentaba al inicio, incluso en la gente que vive en la calle, el hecho de que consuman drogas o no, o alcohol o no de forma abusiva, es algo que les selecciona entre comillas también a la hora de recibir ayudas de algún tipo, ¿no?. O sea en los albergues [...] en el que te he dicho no porque es justo

hecho a medida, pero muchas veces no pueden estar, si están consumiendo drogas por ejemplo, no son aceptados o aceptadas, es decir, la especificidad también hace falta contemplarla.

E: Vale, sí. Sí, igual la pregunta iba en ese sentido de...

GA: ¡No, no! que no pasa nada ¿eh?

E: Vale... Y para ti ¿qué implicación tiene la sexualidad en un contexto de consumo?

GA: A ver, dependiendo de qué estemos hablando. Una cosa es la sexualidad, y también los consumos ¿eh? Una cosa es la sexualidad en los contextos de consumo de ocio, por ejemplo. Otra cosa es la sexualidad en los contextos [...] Si hablamos, que no sé si a ti te interesa más este enfoque, si estamos hablando de gente que está consumiendo y que tiene una adicción, bueno... Y si hablamos de mujeres, pues yo creo que ahí en general la sexualidad es un instrumento para sobrevivir. En general. Puede haber disfrute pero creo que muy a menudo... es que estoy buscando bien las palabras para que no se malentienda... a menudo hay una dificultad para conectar con el propio placer porque hay una historia muy larga de abusos y violencias y de desdibujar la identidad de una misma ¿no? Entonces ahí la concepción de la sexualidad está muy tocada, creo que está muy tocada. Eso no quiere decir que no establezcan relaciones afectivas, pero es muy probable que se den violencias dentro del contexto de la sexualidad, no violencias súper graves siempre, pero violencias en cuanto al respeto a una misma o la búsqueda del placer de una misma, que no son ni siquiera identificadas [...] está todo el paquete del trabajo sexual y la prostitución, así con todas las letras ¿no? O sexo por supervivencia, que desde *Metzineres* lo llaman sexo por supervivencia, que es un concepto que también me parece interesante, y creo que está muy extendido y que, a ver, puede ser según como, cuando es un contexto regulado, puede ser en algunos casos un contexto de menos vulnerabilización que el sexo que no sea de intercambio, que no sea de supervivencia. No sé si se entiende. Quiero decir, aunque aparentemente puede parecer... En este contexto concreto ¿eh? No lo quiero sacar porque sino ya lo liamos, ya sabes que el debate de la prostitución es muy complejo. Pero, en este contexto, lo que sí que he observado últimamente, es que cuando hay unas reglas, aunque puedan ser transgredidas, más o menos existen unas reglas. Cuando las relaciones se producen desde el concepto del amor, del amor en estos contextos que puede ser como puede ser, igual que lo es en el resto de la sociedad pero peor digamos, las defensas se bajan, no hay reglas, y entonces aquí podemos vivir violencias más graves asociadas a la sexualidad. Por lo tanto es un concepto complejo, un concepto complejo que habría que trabajar con ellas en profundidad. La sexualidad y qué representa para cada una ¿no? No sé si te he respondido.

E: Sí, sí, me has respondido perfectamente. Sí que es verdad que los contextos de consumo de ocio es distinto y que eso es otro análisis diferente, pero me interesaba más esto que me has explicado, para el trabajo. Entonces, igual que la sexualidad es una dimensión que es empoderadora para las mujeres en general ¿no? Desde los

---

movimientos feministas se está trabajando mucho por educarnos en la sexualidad para... bueno pues eso, para empoderarnos, ¿tú crees que también...? Imagino que en paralelo las mujeres que tienen estos consumos y que tienen estas relaciones de amor con violencias en mayor medida que las demás, podríamos decir, pues que también podría ser una dimensión empoderadora para estas mujeres ¿no? El trabajo sobre la sexualidad.

GA: Sí. Te pierdo... Ahora te oigo y te veo, pero no he podido entender bien la pregunta, porque se ha ido cortando.

E: Vale, sí. Simplemente estaba haciendo ese paralelismo en el que la sexualidad podría ser también empoderadora, como opuesto a la opresión y vulnerabilidad frente a las violencias que supone en el contexto de consumo de adicción, ¿vale? Y bueno, primero preguntarte si estabas de acuerdo con esto.

GA: Podría serlo, sí, podría serlo. Pero hay que trabajar para que lo sea. Hay que ponerle palabras, por eso te decía el tema del trabajo sexual, porque... ya te digo, me cuesta hablar de esto porque hay tanta polémica que me agota, pero sí que creo... bueno el estigma de puta, que te lo habrán ya nombrado, lo conoces... Tengo la intuición, porque es algo que estoy ahora en esto ¿eh? Estoy dándole vueltas a esto, así conceptualmente. Creo que hay mucho estigma de puta entre las mujeres que usan drogas, y que en el caso de las [...]

E: ¿Hola? Ahora te he perdido yo.

GA: [...] a sentir que este es un entorno más controlado en relación a su sexualidad, entendiéndolo que esto no es sexualidad, pero bueno. Esto es reducción de daños pura y dura, pero reducción de daños en el sexo ¿sabes? En contextos de drogas y en el sexo. O sea, la mirada de reducción de daños es una mirada aplicable a cualquier cosa en la vida, por eso yo en este contexto pues intento también poner esta medida de reducción de daños en este tema. Entonces, podemos pensar que en otros contextos que no son de trabajo sexual para estas mujeres, sus relaciones sexuales también están cruzadas por las violencias ¿vale? Y el contexto del trabajo sexual, dentro de todo, puede ser un espacio de mayor seguridad, control y empoderamiento dentro de lo que cabe ¿no? Entonces creo que por ahí también tendría que ir el trabajo. Rompiendo ese estigma que las hace sentir peores por ejercer el sexo por supervivencia pues eso, para sobrevivir ¿no? Esto todo el trabajo de empoderamiento sobre la sexualidad en general, ¿no? Sobre su placer, y tal. Pero creo que hay que ser un poco realistas, y posibilistas. Realistamente, está bien hacer todo este trabajo con ellas pero a la vez también bajar ese mito del estigma de puta, y que eso significa caer en algo que las denigra, porque muchas veces en la realidad, de facto, eso no es bien bien así. O sea, en muchas ocasiones, los clientes pueden respetar más que las parejas. No sé si se... Lo que quiero decir ¿eh?

E: Sí, sí.

GA: Hablo de unos contextos concretos que no son siempre, tú tienes escenarios en los narcopisos por ejemplo, donde las violencias sexuales son diversas, se ejerce el



---

sexo por supervivencia y ahí a veces no hay límites y pueden verse también sometidas a violencias, pero puede haber contextos en los que no.

E: Esto que estabas diciendo me recordaba a cuando los colectivos de trabajadoras sexuales hablan de la abolición del matrimonio ¿no?

GA: Ya, qué bueno. Pero ¿esto lo has escuchado en los contextos concretos de trabajo sexual? ¿Lo de la abolición del matrimonio?

E: Sí, yo creo que lo he escuchado en algún acto, en alguna reivindicación en la calle, con el megáfono. Al final el matrimonio lleva siendo... un contrato de opresión y que legitima las violencias sexuales, bueno, las violencias en general, dentro de la pareja, y lo que tú dices, al final el trabajo sexual tiene unas normas, y en nombre del amor se puede hacer cualquier cosa.

GA: Bueno, esta es la... Sin embargo tienes otra autora, Ana de Miguel, que es abolicionista totalmente que dice todo lo contrario, que el matrimonio es la institución más segura que hay. También hay puntos que bueno, que puedes... Yo aquí tengo una posición matizada, en cuanto a esto, y además me parece súper artificial buscar estos dos extremos que no se pueden poner de acuerdo, por eso no te puedo decir algo más radical pero sí te puedo decir que en el contexto de drogas estoy más aquí.

E: Está muy bien contextualizarlo porque como dices es un tema muy polémico, muy complejo además, y es... para mí es muy difícil también tener una opinión sobre algo que bueno, se me escapa un poco también ¿no?

GA: Bueno, no es que se te escape, es que es así de complejo, querer tomar una posición radical es simplificarlo al final ¿eh? O sea que quédate tranquila con tu posición, empoderate, que es lo que quiero hacer yo, empoderarme en mi ambigüedad con todo este tema, y ya está.

E: Vale, ¡te tomo la palabra! Vale a ver, estábamos hablando del empoderamiento que nos puede aportar la sexualidad o no con estos matices que aportabas tú, y claro, yo me fijo en la definición de salud de la OMS, y habla de experiencias sexuales agradables... Igual la OMS no es una referencia que queramos tomar siempre, pero académicamente está ahí ¿no? Tienes que mirarla un poco de vez en cuando.

GA: Sí, claro, por supuesto.

E: Entonces al definir sexualidad la OMS también habla de erotismo, de placer, de intimidad, que son cuestiones que a veces no están tan incorporadas a la vida sexual de las mujeres. Entonces la pregunta es, ¿de qué manera estas cuestiones del placer, del erotismo, de la intimidad, del que sea agradable, se pueden reflejar en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos? No sé si necesitas que la concrete más.

---

GA: Bueno, no sé si la he entendido bien. ¿Cómo regularlo de alguna manera? Que al final los derechos garanticen eso, que sean... No lo veo ¿eh? No lo veo.

E: Ese que por ejemplo, en la medida de gobierno, que ahora pasaremos a hablar de ella, no se habla de estos términos. Al final se hace control de ITS, control de la fecundidad, control de todo el tema del embarazo, pero no se habla en estos términos en este documento. Y como es el de referencia de Barcelona, es en el que me estoy fijando. Por eso te hago esta pregunta ¿no? Como no se habla de eso, entonces ¿de qué manera se podría hacer?

GA: Vale, ahora te diré una cosa, y Silvia Aldavert te va a contar más de esto. Al final es que está muy bien la visión política sobre las cuestiones, porque es lo que pone en agenda, y lo que contribuye a las transformaciones sociales. Pero las regulaciones no pueden los cambios sociales por sí solas. Entonces, difícilmente tú puedes imponer a través de una medida de gobierno o de una ley, algo que se produce en los espacios íntimos y que nadie puede controlar, afortunadamente. Afortunadamente, porque si no entraríamos ya en la distopía que hemos entrado casi ya con el Covid ¿no? Entonces yo creo que ese cambio tiene que ver necesariamente con la educación, única y exclusivamente ¿no? Lo que te explicará Silvia, espero, es el tema del *Coeduca't*, que es un programa piloto que se ha hecho desde la *Associació de Drets Sexuals*, que yo he participado, y es un encargo del *Departament d'Educació*, para incorporar esa visión más holística, más integral y justamente más integrada en la línea que tú decías a partir de P3, a partir de niños y niñas de tres años. Está súper bien hecho. Bueno, yo he hecho una pequeña parte, pero te lo digo que está curradísimo, y si esto se llevara a cabo realmente, se implementara, todos los años desde P3 hasta 4º de la ESO en todos los cursos, bien hecho, realmente sería un cambio sustancial. Entonces, una medida de gobierno o una ley, puede obligar a que exista un programa educativo universal ¿no? Que sea obligatorio, que llegue a todo el mundo. Y ese programa educativo sí que puede generar cambios, pero no la ley en sí misma. Bueno, se entiende lo que quiero decir. O sea, si acaso dile a Silvia que te cuente un poco más de esto, que te lo contará mucho mejor, porque ella es especialista en esto, pero es una clave importante esta ¿eh? Esto no es del Ayuntamiento, esto que te he dicho, es de la Gene.

E: Vale. Claro, igual la ley no puede regular si yo tengo placer o no en mis relaciones sexuales, evidentemente, pero sí puede regular como está sucediendo, que haya un programa que se llame *Coeduca't*, o como sea... El nivel de concreción es ese.

GA: Exacto, es ahí donde tiene que... Sí, sí.

E: Bueno, entramos ya en la Medida de Gobierno Gemma, si te parece.

GA: No la tengo ahora muy... La he conocido, pero tú me refrescas ¿no?

E: Sí, yo hago trampas, el otro día me entrevisté con Mercè Meroño y lo mismo... Claro, me la he leído antes de ayer... Pero bueno, la primera pregunta no requiere

---

que te la hayas leído sino que es más de tu experiencia. ¿Crees que la medida ha tenido impacto en el colectivo de mujeres que usan drogas desde el 2014 que salió?

GA: Intuitivamente diría que no. Pero Mercè está más en el día a día de esto.

E: Mercè dijo que no también.

GA: Bueno, es que yo no veo que los problemas hayan cambiado. Son los mismos. Por ejemplo, otra cuestión que está faltando mucho ¿no? Mujeres que usan drogas es un concepto muy amplio, porque las que fuman porros por la noche cada día también son mujeres que usan drogas, o las mujeres que salen de fiesta... Las mujeres que consumen en espacios recreacionales también son mujeres que usan drogas. Si en tu imaginario está las mujeres adictas, digamos, el tema por ejemplo de las revisiones ginecológicas, que de esto es la experiencia piloto que te hablará Ana, no está garantizado, ni está en la cartera de servicios de los programas de reducción de daños, por ejemplo. O sea, no tienen perspectiva de género. Claro, es fundamental que haya revisiones ginecológicas que estén inseridas en los centros de reducción de daños, porque si tú las mandas... que esto es lo de La Mina, que es interesante porque tienen el ASSIR en la planta de arriba, de casualidad. Bueno, no sé si es casualidad, pero ha coincidido. Entonces es relativamente fácil, pero si tú estás en Baluard pongamos, que sí que creo que tienen también cerca un centro, y las haces ir a no sé dónde, por mucho que tú les des un papel, o sea, tienes que hacerlo fácil para poder garantizar esas revisiones ¿no? Y ahora mismo no está protocolarizado así, digamos. En todo el detalle de todas las acciones que provee reducción de daños, no está esto. Se dan preservativos ¿no? Que al final está muy pensado para los tíos.

E: Todo está muy pensado para los tíos, así en general.

GA: Sí, en general la vida, sí.

E: Bueno, al vincular los Derechos Sexuales y Reproductivos con los determinantes de la salud y suscribir esta medida de gobierno a la estrategia de la OMS Salud en todas las políticas, a mí me parecía que se estaba indicando que se trata de una familia de derechos que son transversales, o que se tratarán de una manera transversal, y la pregunta es si esta transversalidad puede aportar beneficios en la mejora de la vida de las mujeres consumidoras, adictas, para concretar más. Es decir, si esta transversalidad se aplica realmente en el ámbito de la salud, en el ámbito jurídico, en el ámbito de las custodias, en menores... si es beneficiosa en ese sentido también. No sé si me estoy explicando.

GA: Claro que sí. El problema de la transversalidad es que muchas veces no es tal transversalidad. Entonces para que la perspectiva de género, digamos, sea realmente efectiva, hay que combinar la transversalidad con las acciones específicas. Entonces yo aquí creo que habría que, por un lado, garantizar la transversalidad, y por otro lado, desarrollar acciones específicas con este colectivo en concreto que está especialmente estigmatizado, porque el consumo de drogas está estigmatizado pero las mujeres que consumen drogas doblemente. Con lo cual,

---

requieren de acciones específicas, no solo transversalidad. O sea, la transversalidad es necesaria pero no es suficiente.

E: Vale, vale. Porque ¿tú crees que diluye un poco a veces la efectividad de las acciones?

GA: ¿La transversalidad? Yo creo que sí. No, pero insisto ¿eh? Para mí no es un debate entre si hacer acciones específicas o transversalidad. Es complementario.

E: Vale. Esta es de las de refrescarte un poco el documento, porque realmente, aunque se intuye la transversalidad, no menciona este término en ningún momento tampoco, y habla de coproducción de políticas públicas. No sé si para ti existe alguna diferencia entre ambos términos o es un matiz político, simplemente.

GA: Es que para mí son dos cosas distintas. La coproducción quiere decir que está la administración junto con las entidades especializadas, entre comillas la sociedad civil, digamos, coproduciendo a partir del conocimiento que es complementario. Ese enfoque metodológico y político lo veo bien, pero hay que decidir que se trabajará por la transversalidad, es decir, que una cosa va más del contenido, y la otra de la forma, ¿no? Coproducir políticas es una estrategia feminista, por ese lado me parece bien, ¿vale? Otra cosa es que luego cómo se concrete esa coproducción hable de transversalidad, debería hablar de transversalidad, sí, sí.

E: Vale. ¿Qué acciones crees tú, Gemma, acciones nuevas o modificaciones de servicios, que de esto hablaste un poco en la formación que hice contigo, crees que serían imprescindibles para garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos? Yo recuerdo que en la formación hablabas de que probablemente no se necesitaban grandes cambios sino que eran cosas sencillas aplicadas al día a día, no sé si va por aquí.

GA: Sí, a ver, como lo enfocas muy en... Yo como estoy más en la lógica del género, para mí Derechos Sexuales y Reproductivos es más concreto, pero si hacemos una mirada amplia, ya verás que Silvia te hace una mirada de los Derechos Sexuales y Reproductivos muy amplia, al final cuando te hable de esto te hablará de feminismo, ¿no? Si hablamos de mujeres que usan drogas, en los servicios habría que garantizar la seguridad, por ejemplo. Cuando digo pequeños cambios me refiero que a lo mejor lo que tienes que hacer es en algunos momentos de la semana un horario específico solo para mujeres, donde tú puedas dotar de un espacio para que estén ellas solas, y que eso produzca, guiado o no por una profesional, pues un espacio de construcción colectiva de sororidad y de proyectos colectivos, y bueno, lo que sea. Proyectos de reivindicaciones, o lo que sea. Esto por un lado. Luego eso, garantizar esa seguridad por ejemplo, a ver, ahora te pongo más ejemplos, pero habría muchas cosas. Muchas cosas pero que son pequeñas, es lo que tú decías, ¿no? Garantizar que el espacio sea seguro en términos de higiene, de duchas... O sea, ese miedo permanente a la violencia sexual con el que vivimos las mujeres, a veces más consciente y a veces menos, y que está mucho más alimentado en el caso de las mujeres que usan drogas, pues bueno, todas las medidas necesarias para que eso no se produzca. No ya de facto las violencias

---

sexuales, sino la percepción de inseguridad, que es una violencia en sí misma también ¿no? Luego está todo el paquete que te decía de la atención sanitaria específica para mujeres, ¿vale? O sea, asegurarla, garantizarla. Todo lo que tiene que ver con la maternidad. Todo tiene que ver mucho con la formación a profesionales, pero en este caso especialmente porque el acompañamiento a las mujeres en caso de embarazo, sobre qué hacer, justamente tiene que ser un enfoque feminista, ¿no? Donde podamos escuchar el caso a caso, cada situación de cada mujer, y no orientar ya hacia un lugar determinado. Que ya te digo que la vulneración de derechos se está produciendo tanto hacia un lado como hacia el otro, hacia forzar el aborto o hacia forzar la maternidad en según qué casos o a presuponer una maternidad muy deteriorada por el hecho de usar drogas. O sea, tenemos también, esto fue cuando empezamos con el Ariadna, en el espacio Ariadna era una de las cosas que estaba muy ahí en la reflexión, cómo tenemos un modelo social de maternidad muy determinado, y está muy protocolarizado en la DGAIA, etcétera, ¿no?, que seguramente, la mayoría de las que somos madres y estamos en estos ámbitos, no podríamos cumplir, o la mayoría de las madres en general. Sin embargo, se les pide a las mujeres usuarias de los servicios y se les mira con lupa. Esto para mí también es una vulneración de derechos sexuales y reproductivos, que también habría que atender. Entonces, la pregunta que tú me haces, puede ser de muchos ámbitos. Puede ser desde los centros específicos de reducción de daños, hasta los centros sanitarios, en cuanto a lo que te decía ¿no?, la gestión del consumo de drogas durante los embarazos y post-maternidad, todo el tema de la crianza después... Depende de diferentes estancias e instituciones, dependiendo de cómo lo queramos abordar. Por eso te doy un poco de ejemplos de cada, para que te sirva.

E: Sí, la pregunta la hacía también porque leyendo el informe de 2019 del *Observatori de Drets Sexuals i Reproductius*, que se ha hecho con la colaboración de la Subdirección de drogas, ahora me acordaba de que no hay acompañamiento en los casos de duelo perinatal ¿no? Y ahora pensaba, ¿a quién le corresponde hacer esto, no? A veces pensamos en la administración en global y en realidad la administración, por muy transversal que sea en algunas cosas, está compartimentada ¿no?

GA: Sí... me decías, que no he oído bien esa parte, que no hay acompañamiento en el duelo perinatal.

E: sí.

GA: Pero con mujeres que usan drogas.

E: Sí, sí, sí. En el informe este se habla de vulneraciones de derechos de diferentes colectivos, y uno de ellos es mujeres que usan drogas.

GA: Vale, en concreto del duelo perinatal.

E: De ahí nació esta pregunta, no hace falta que respondas específicamente sobre esto, sino para explicarte un poco también de dónde viene porque a veces las preguntas así...

GA: Sí, sí... Es interesante, pero es que además me parece un buen ejemplo ¿no? Porque al final si todo el mundo pudiera tener esa mirada, sería un nivel de sensibilidad / feminismo, llámalo como quieras, como que cualquiera puede atender. El vínculo con una profesional de confianza que pueda acompañar ese duelo a lo mejor en el centro de reducción de daños, o puede estar en el centro de atención primaria, o en un hospital, o en otro lugar. Pero el problema es que no hay esa mirada genérica, colectiva, hacia la necesidad de eso, por ejemplo. Yo no sé si va tanto de decir... protocolarizar y decir, "pasa esto, ¿quién se va a ocupar del duelo?". Habrá gente que es más ordenada y como más... iba a decir rígida, pero no lo quiero connotar. Ya me entiendes lo que quiero decir.

E: Sí, sí.

GA: Yo pienso que esto al final puede venir de lugares distintos, lo importante es que tengamos una mirada común donde veamos la necesidad de estos abordajes.

E: Vale. Esto me enlaza bastante con una cosa que hablé con Mercè el otro día. Ella me decía que hay muchos cursos, que se forma mucho, que es una cuestión que en la medida de gobierno se concreta, que tiene que haber formación a profesionales, pero que no hay un seguimiento del impacto, ni evaluación, ni nada. Y que para ella entonces no estaríamos hablando de formación, sino de sensibilización. Que tenemos muchas profesionales de primera línea sensibilizadas, pero no tanto formadas, digamos, en este aspecto.

GA: Vale.

E: Y claro, desde ahí, no es por provocar el debate ahora, pero me estaba chocando lo que me estabas diciendo tú en el sentido de que quizá no sé si tener la sensibilidad hacia la circunstancia sino que quizá haya que tener como un... igual no un protocolo pero sí unos recursos claros, ¿no? O una vía clara de actuación, no sé si me explico.

GA: Sí. Yo aquí quizá sí que discrepo un poco, porque en realidad yo creo que hay mucha formación y poca sensibilización, yo pienso lo contrario. Sí, porque es como que pretendemos con la formación dar herramientas técnicas.

E: Sí.

GA: Bueno, esto es un debate también ¿eh? Pero es que hay cosas que al final no son tan complejas técnicamente. Requieren entender en qué marco estructural estamos metidas. Pero no en plan las cuatro palabrejas de patriarcado, sistema sexo-género, estigma de puta... no, o sea, entenderlo profundamente, incorporarlo al placer y a tu ser, que es otra cosa que requiere de formaciones vivenciales que profundicen en cómo somos, qué somos y cómo podemos transformar lo que somos. Entonces

---

que alguien me interpele y me diga, “tú, ¿cómo te permites decirle a esta mujer si puede o no puede hacer esto desde tu posición de poder?”. Y esto es lo que hacemos poco. Entonces sí que hacemos muchas formaciones y bueno, qué te voy a decir, yo hago muchas, intento darle un poco esta mirada, pero la sensibilización que normalmente se contempla como algo menor a la formación... puede ser un tema semántico al final ¿eh? Yo te lo enfoco desde otro lugar pero puede ser un tema semántico. Para mí tiene que ver con un cambio de posición personal respecto a algunas cosas. Claro que nos faltan protocolos, pero los protocolos si no hay un cambio profundo no sirven para nada, no sirven para nada. Al final muchas administraciones o entidades han acabado haciendo un análisis del lenguaje inclusivo, lenguaje sexista para sentir que están haciendo algo sobre género. Y en cambio, esa mirada sobre lo mala madre que va a ser una mujer que ha sido adicta a la heroína durante diez años, sigue siendo igual, porque las buenas madres no se drogan. No se drogan, no salen de fiesta, se ocupan de sus hijas... ¡es así! Vale, podemos hacer protocolo, pero si yo soy profesional y relleno ese protocolo atendiendo a mis prejuicios, es lo mismo. Claro, yo como soy psicóloga lo vivo... creo que el *background* profesional tiene un peso en esto. Yo creo que hay una necesidad de transformación de la subjetividad. Y cuando eso no se produce, es muy difícil que haya cambios. Esta es mi opinión. Yo soy psicóloga social, es decir, que esa parte la veo, me interesa y me parece interesante, pero cuando yo cojo el marco político desde políticas, desde sociología, lo sitúo en un lugar donde en una parte desatiendo el impacto que tienen los contextos sociales en mi subjetividad. Y si yo en mi subjetividad decido cosas, igual que un psiquiatra que las diagnostica de TLP a muchas de las mujeres que usan drogas, yo estoy pretendiendo objetivizar mi prejuicio, de cuando considero que una mujer se está comportando adecuadamente, o no. ¿Sabes lo que te quiero decir? Entonces claro, puedo tener un protocolo, pero si yo sigo poniendo ahí que es TLP, en base a un diagnóstico que tiene que ver con mis prejuicios, no sé. Es un tema que siempre me preocupa, que no haya cambio subjetivo.

E: Me resulta muy interesante, y me ha roto la cabeza un poco, de bien, de que hay que pensar en esto.

GA: Sí, porque si no, ¿sabes lo que pasa? Que se cae en la corrección política. Ahora todo el mundo sabe lo que tiene que decir, para que no le acusen de anti-feminista, que no tiene en cuenta el género... pero al final, están buscando otra cosa.

E: Sí, sí.

GA: Cuando tú tienes claro qué te ha dolido, en qué te ha hecho daño la falta de perspectiva de género, en qué momentos en tu vida has visto vulnerados tus derechos sexuales, aunque sea minúsculo comparado con lo que viven estas mujeres, es a partir de ahí cuando tú puedes hacer algo distinto, ¿no? Sino claro, “yo tengo una sexualidad estupenda, a mi no me pasa nada, tal, tal tal”, me coloco ahí, y luego pretendo con las mujeres pobrecitas que usan drogas, vamos a hacer protocolo. Bueno ya, pero... no sé.

E: Sí, he tenido esta sensación al hacer los guiones de las entrevistas, con este hablar del “ellas” constantemente, ¿no?

GA: Claro.

E: Esto de hablar del “ellas” todo el rato, que por una parte como objeto de investigación y desde lo académico siento que tengo que hacerlo así, porque al final si hablo de todas no estoy investigando sobre el tema que he elegido.

GA: No, no, totalmente.

E: Pero a la vez estoy subjetivizando totalmente todas esas vivencias ¿no? Te he hecho preguntas sobre sexualidad que decía “bueno, es que estoy preguntando algo que si lo pienso en mí, sé la respuesta”, ¿por qué la respuesta va a ser diferente...? Pero bueno, te tengo que hacer la pregunta para que quede constancia del tema.

GA: Por supuesto. Pero si tú ya te planteas, Sara, si tú ya te haces ese análisis de decir “si me lo planteo en mí”, ya vas bien. Claro, ese es el tema.

E: Vale... ¿podemos hablar sobre el territorio de Nou Barris? ¿te parece?

GA: Vale, sí.

E: Me decías que estabas familiarizada con el territorio, no sé si conoces agentes, organizaciones, programas... que trabajen desde un enfoque de derechos.

GA: Algo, algo. Yo estoy acompañando un proyecto vecinal en la zona norte de Nou Barris, Ciutat Meridiana, Vallbona... todo esto. Es un proyecto vecinal de gestión de conflictos vecinales, con una base muy comunitaria, que hace dos años se encontró que empezaron a llegarle casos de violencia machista, que no llegaban a la red. Entonces buscaron a alguien, en este caso me buscaron a mí, para que les ayudara a ver cómo encauzaban esto, cómo atendían los casos, cómo acompañaban a vincularlos a la red, qué podían hacer. Y a partir de ahí claro, he conocido algunas cosas. Pero no conozco todo Nou Barris, es una experiencia concreta.

E: Es muy amplio Nou Barris. A mi me ha costado encontrar alguna entidad que trabaje desde este enfoque de derechos.

GA: ¿Sexuales?

E: Sí, con mujeres consumidoras. Mi recorrido fue primero hablar con el CAS, hoy tengo entrevista también con la técnica del Plan Comunitario de Verdum, para ver a nivel comunitario cómo está funcionando. Si se absorbe de alguna manera ¿no? Porque al no encontrar ninguna entidad específica que trabajara el tema, en un programa concreto, mi planteamiento fue “vale, es tan transversal que igual comunitariamente se ha absorbido”, porque Nou Barris es un distrito además con mucha fuerza de los movimientos vecinales. Entonces estoy en esta búsqueda, de cómo se trabaja esto. De momento no estoy obteniendo grandes respuestas, también es cierto. La gran respuesta de momento es que no se trabaja.



GA: Hay entidades de mujeres, en genérico. ¿Has contactado con ellas ya?

E: He contactado con entidades de mujeres, de vecinas. Luego he hecho entrevista con Lola no estás sola.

GA: Exacto, te lo iba a decir.

E: Por eso digo, que casi no he encontrado nada, pero el casi es por Lola no estás sola. Aparte de esta, ¿tienes alguna otra idea?

GA: Mira, es que hay una entidad que ahora no recuerdo el nombre. La que más estoy oyendo últimamente es esta, Lola no estás sola, que creo que es la más potente, digamos. Pero había algo más. Lo voy a preguntar y te mando algún nombre más, porque la compañera que está dentro de este equipo con el tema de violencias ha hecho un poco de red. Pero no son específicas de Derechos Sexuales ¿eh? Simplemente son entidades de mujeres que están en esa zona, pero te lo paso por si te puede servir.

E: ¿Tú dirías que en Barcelona se ha centralizado territorialmente este tema? No sé si... Yo solo he estudiado Nou Barris, no tengo conocimiento de otros distritos, sobre la cuestión de Derechos Sexuales y Reproductivos, y me he encontrado un poco en la nada. Y no sé si es una cuestión similar en todos los distritos periféricos de Barcelona, si es que está todo más centralizado en el Raval, Gótico, Gracia...

GA: Sí, yo creo que sí, que hay diferencias según territorios. La entidad por excelencia es la *Associació de Drets Sexuals i Reproductius*, esto sin lugar a dudas. Ciertamente no trabaja específicamente con mujeres vulnerables, bueno, vulnerabilizadas. Hay un programa específico, aunque no es el grueso de lo que atienden, trabajan con adolescentes y jóvenes, esto ya lo sabes. Bueno, y luego tienes Genera, que trabaja con el tema de trabajo sexual, ¿lo sabes que trabajan desde este lugar?

E: Pensaba que trabajaban con tema de diversidad sexual y de género.

GA: El objeto de trabajo es trabajadoras sexuales, están muy escoradas en el lado de la regulación, pero mucho ¿eh? Son muy políticas, digamos, demasiado para mi gusto ¿eh? Ahora justamente la directora o la coordinadora como que lo ha dejado y no sé muy bien quién está, pero bueno, es una entidad referente en este ámbito. Luego tienes SidaStudi, que también hace alguna cosa de estas, Creación Positiva, y ya está.

E: No sé dónde se sitúa Genera, pero SidaStudi y Creación Positiva están en el Raval.

GA: Genera también está en el Raval.

E: Es cierto que trabajan a nivel ciudad, pero donde están las sedes de las entidades siempre son un punto más caliente.

GA: Te interesa mucho cómo está territorializado ¿no?

E: Sí, es que una de las preguntas que ha surgido de la investigación es que qué me aporta a mi el territorio de Nou Barris en mi investigación. Y yo me pregunto esto, cuando no estoy encontrando casi nada de trabajo sobre ello, de implicación política en el territorio, y eso me ha llevado a preguntarme dónde se está trabajando sobre esto.

GA: Bueno, es muy interesante este análisis que estás haciendo, muy interesante. Fíjate en una cosa, al final el nivel de vulneración de derechos es más alto que en ningún otro territorio de la ciudad, sin lugar a dudas, pero no hay el nivel de empoderamiento ciudadano justamente, para ponerlo en palabras de una agenda. Claro, lo que hay en el Raval... yo es que aquí me entra ya una cosa del esnobismo, de... claro, bueno, es muy cool estar en el Raval, no es cool estar en Nou Barris.

E: Ya.

GA: Así te lo digo. Como dice mi socia que es de Girona, *això és molt barceloní*, porque es esta idea de... sabes lo que te quiero decir... Es la idea de que en Barcelona todo es muy guay, todo el mundo va a comerse los falafels al Raval, pero luego al final, yo pertenezco a otro lugar, aunque incluso viva en el Raval. Porque no es lo mismo estar en el Raval aunque estés rodeada de personas migrantes... no sé cómo decirte. Es gente obrera, en Nou Barris.

E: Sí, el Raval tiene ese aire cosmopolita *barceloní*.

GA: Esta parte... bueno es que a mí este tema me apasiona, la parte de género y esta parte después. Esta parte que nadie acaba de poner en palabras nunca, que es como un intangible, y hay un clasismo infinito ¿no? Al final es una mirada muy clasista, bueno, pues lo que tú dices y tienes razón, acaba teniendo impacto en el tejido asociativo de los territorios, claro.

E: Y luego también Gemma, creo que hay un gran mito con Nou Barris, o sea, sí que es cierto que ha habido mucho movimiento vecinal, y todas sabemos que se pusieron las calles, los autobuses, y el metro, porque la gente se lo peleó a muerte, pero existe el gran mito de que es la colectividad de los barrios... o sea, que es un gran número de personas, que todo el mundo está muy empoderado en Nou Barris, que todo el mundo se pelea, y lo que yo he leído es que no es verdad. Que al final son pequeños grupúsculos muy motivados y muy luchadores, pero que también expresan a veces sentirse solos y solas en las luchas, porque al final son los cuatro de siempre, que están haciendo la manifestación o el piquete. Entonces yo creo que el gran mito es que Nou Barris está muy empoderado, no hace falta que hagamos muchas cosas porque la propia sociedad civil ya se lo monta ¿no? Y yo creo que eso es bastante falso.

GA: Sí, sí, totalmente. Bueno, es que con esto que dices... Es decir, al final en Nou Barris hay mucha gente que no puede priorizar la política... bueno, que no puede o decide... no lo conocemos. Que no puede priorizar la política porque tiene necesidades más acuciantes ¿no? Entonces ¿qué diferencia tienes con el Raval? Es lo que decíamos, que mucha de la gente que acaba haciendo activismo allí, no tiene

esas necesidades. Entonces también se distorsionan cosas, porque claro, si yo tuviera mi sede en el Raval, pues yo no tengo problemas económicos de ningún tipo, y eso me llevaría a estar vinculada a los grupos de trabajo del Raval, etcétera, etcétera, ¿sabes? En cambio, la gente que está en Nou Barris es la que vive en Nou Barris, no sé cómo explicarlo, es la gente de allí. Lo que puedo ver en esta zona que estoy, zona norte, o sea, hay unos dramas vitales infinitos. O sea, es que tienes violencia machista junto con salud mental a tope, con drogas, con no tener dinero, con no tener casa, con no tener luz, no tener agua... todo a la vez. Abusos sexuales de infancia a tope... está todo, todo, todo, todo. Bueno, lo habrás visto tú, ¿no?

E: Sí, sí. No sé si habrás visto los documentos de diagnóstico sobre salud que hay de los barrios.

GA: Ah, sí, sí.

E: Yo he estado leyendo especialmente los de Nou Barris, no he leído zona norte, pero lo que vienen a decir es que la media de casos de salud mental de Nou Barris está por encima de la media de la ciudad, la media de consumo de drogas está por encima de la media de la ciudad, la obesidad, los embarazos adolescentes...

GA: Exacto, todo, todo.

E: Hay un montón de cuestiones que están por encima de la media de la ciudad.

GA: Por eso es más difícil también que haya un activismo organizado y potente, porque si tú estás en medio de todo este berenjenal... es muy difícil. Vaya, creo yo ¿eh? No sé.

E: Sí, sí, yo también lo creo. Me queda solo una pregunta de las que tenía preparadas, pero me gustaría que me hablaras también del albergue.

GA: Es una experiencia interesante en cuanto a que es un espacio mixto. Un espacio mixto al final, a lo que nos lleva es a pensar en términos de posibilismo también. Es decir, las personas vivimos mixtamente en el mundo ¿no? Y las personas que usan drogas, mixtamente en los contextos de consumo, con lo cual a partir de aquí, estoy elaborando una reflexión que espero que vaya más allá, que es ¿tenemos que pensar en términos de segregación siempre, sin aprender a transformar cosas desde la convivencia? No lo sé. Igual, aprender a transformar desde la convivencia puede ser más útil a medio plazo, y una cosa no quita a la otra, pueden haber espacios segregados, pero a mi lo que me parece interesante de esta convivencia es que es un pequeño micromundo de gente que hasta ahora ha sido habitante de calle, y el hecho de que le des... bueno, conoces el tema del *Housing First* ¿no? No sé si te suena.

E: Sí, sí.

GA: Vale. El hecho de que tú les des un espacio donde estar y donde vivir, dignifica sobremanera las situaciones personales, y se nota enseguida, cómo están las

---

personas, y además como están allí conviviendo pues pasan cosas. Y la gente se enamora, se enfada, tienen sexo... pasa de todo, en un espacio donde tú puedes, a nivel educativo, cuestionar cosas, transformar cosas, etcétera. Cuando eso no se da en espacios mixtos, puedes trabajar otras cosas pero hay algunas que no puedes trabajar. Entonces yo lo dejo aquí, pero sí creo que tiene una utilidad, y creo que... bueno te estoy diciendo cosas que aún no las he dicho mucho en público ¿eh? Pero que seguramente nos lleve a repensar trabajos que estamos haciendo en el ámbito social, de los discursos de género. A mí, como mínimo me lleva a repensar algunas cosas de esas de ver cómo contribuimos a esa convivencia, trabajando con hombres, trabajando con mujeres de forma separada, conjunta... Pero al final tenemos que convivir, y queremos convivir, que es otra cosa.

E: La lógica del no mixto siempre la he entendido como entornos donde buscar la seguridad.

GA: Pero eso también lo podemos buscar desde el mixto.

E: Sí, estamos reproduciendo lo mismo sin trabajar en la convivencia. Bueno, como conclusión, ya has ido diciendo, pero ¿cuáles dirías que son las claves para la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos en las mujeres que usan drogas, o que son adictas más concretamente?

GA: Vale, las claves... buff! Cuáles son las claves. Bueno, de entrada ese trabajo sin prejuicios sobre quienes son. O sea, si hablamos por ejemplo de violencias sexuales, que es una parte de los derechos ¿no? La credibilidad de los testimonios de las mujeres, la seguridad en los espacios de reducción de daños o en los espacios institucionales donde tenemos la responsabilidad como profesionales de garantizar que no se dan esas violencias sexuales, por ejemplo. O sea, por un lado la credibilidad de lo que pasa, que esto es algo fundamental. Luego, asegurar la seguridad. Luego escuchar lo que las mujeres traen y necesitan en cuanto a la maternidad. Escuchar, partir de cero, de la hoja en blanco, escuchar qué quieren, qué necesitan tanto en relación a sus embarazos como en relación a una fantasía de maternidad futura, etcétera. Luego todo el tema de las revisiones, bueno, de la salud sexual, cómo hacemos para garantizar los derechos en cuanto a salud sexual. Y básicamente sería eso, que llevado a su completitud sería mucho. Y aquí también, cuando decía lo de la credibilidad del testimonio, me refería también a cómo convivir con el tema del trabajo sexual, es decir, entender qué te parece... a ti te va a parecer un básico, pero para el común de los mortales no lo es. Y es entender que el hecho de que haya trabajo sexual no significa que no hayan violencias sexuales dentro del trabajo sexual. Entonces aquí la credibilidad no solo de la mujer que usa drogas, sino que ejerce el trabajo sexual, es algo a garantizar, que no lo está ahora. Ni en los cuerpos de seguridad, que es un tema ya de... ni como profesionales educativos, sanitarios del ámbito de drogas.

E: Y ¿qué crees que se está haciendo bien?

GA: Bueno, en drogas se está incorporando la perspectiva de género, se está haciendo mucha formación, que es lo que decíamos, ¿no? Se están introduciendo

---

espacios de seguridad, y espacios propios para las mujeres, que no es lo mismo que no mixto necesariamente ¿eh? Y se está abriendo el melón de hablar de esto, que es importante.

E: Eso es bastante importante.

GA: Claro. Se está realizando protocolos en cuanto al tema de maternidad, se están haciendo investigaciones donde se incorpora... por ejemplo hay una investigación donde se incorpora... es una investigación sobre violencias sexuales, creo que hacía el departamento de interior, donde se escuchaba específicamente la voz de las mujeres que usan drogas, por ejemplo. Hay algunas iniciativas que están ahí. Luego pues tienes experiencias como *Metzineres*, por ejemplo, que también está trabajando este tema en profundidad, ¿no?

E: Ahora se me ha ocurrido otra pregunta, y es que tú que colaboras con la Subdirección General de Drogodependencias, y estáis ahora con este proyecto piloto, y estáis atendiendo cuestiones de género, no sé si hay un trabajo cooperativo entre esta rama de la administración y la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ayuntamiento de Barcelona, que es quien ha promulgado la medida de gobierno, o es una cuestión más independiente.

GA: Yo en concreto, con la Estrategia de Barcelona no lo sé. Igual ha habido alguna reunión, pero un trabajo muy coordinado creo que no. Pero esto te lo contestará mejor Ana, porque es más a un nivel político y tiene un histórico más largo.

[...]

#### A.2.6. Entrevista 6

[...]

E: No conozco mucho el funcionamiento de Servicios Sociales, imagino que es un ente enorme con múltiples mecanismos, pero sí que me gustaría que me contaras un poco, respecto a las mujeres consumidoras, con consumos problemáticos de drogas, ¿cuáles pueden ser los itinerarios de llegada a vuestro servicio?

MF: A ver, los Servicios Sociales, *diguéssim* que atendemos a cualquier ciudadano o ciudadana que tenga dificultades socioeconómicas, socioeducativas, sociofamiliares... Es decir, nuestra puerta de entrada es universal, con lo cual, específicamente para mujeres, con temas de drogodependencia, pues como cualquier otro, como cualquier otra ciudadana. Vale, entonces, te hablo de la ciudad de Barcelona. Porque cada municipio tiene su organización, todo y que la atención social y socioeducativa está regulada por ley, bueno, como es una competencia municipal cada municipio se organiza como puede y como quiere. Está claro que la ciudad de Barcelona tiene muchísimos más recursos que cualquier otra ciudad del resto de Cataluña ¿no? Con lo cual bueno, pues seguramente es distinto de si tú te vas a Montcada i Reixac, o *t'en vas a Badalona*. Entonces, nosotros en Barcelona tenemos cuarenta centros de Servicios Sociales, y aparte tenemos otros

servicios específicos que trabajan con colectivos determinados ¿vale? Por ejemplo, tenemos un servicio que trabaja con personas sin techo, *amb sensesostres*, ¿vale? Es atención social, tienen prácticamente los mismos recursos o similares a los nuestros. Pero no forman parte de los centros de Servicios Sociales. Entonces yo te hablo desde los centros de Servicios Sociales, que es esta atención universal que te explico. Entonces, en principio nos pueden venir derivadas estas mujeres desde el CAS, nos pueden venir derivadas desde los servicios que tenemos de atención a violencia de género, por ejemplo, nos pueden venir derivadas desde salud, o pueden venir ellas por su propio pie.

E: Claro, eso te iba a preguntar, que si pueden venir derivadas de estos servicios o a veces el itinerario es inverso, que lleguen primero a Servicios Sociales y vosotras hacéis derivaciones.

MF: Derivaciones a especialistas. Sí, sí, sí. Con lo cual no hay un itinerario... es lo que te decía en el *whatsapp* ¿no? No tenemos un itinerario específico o unos recursos específicos para este perfil, sino que son los recursos habituales que utilizamos para todo el mundo.

E: Vale, vale. Sí, ya me imaginaba y además me lo dijiste muy claro, pero quería que quedara constancia en el trabajo de una manera más sólida.

MF: Vale, vale, *cap problema*.

E: Por eso insistía en este encuentro. Entonces entiendo que al no haber un itinerario específico y demás pues que tampoco hay ningún programa, o acción específica dentro de servicios sociales.

MF: No, con el perfil ese tan específico que me comentas no. Entonces nosotros como con cualquier otro ciudadano o ciudadana, bueno, pues lo que te trae, la dificultad que te trae, la exploramos, la diagnosticamos, elaboramos un plan de trabajo, y a partir de ahí pues vas trabajando. Igual pueden tener recursos de... pueden tener acceso a recursos de ayudas económicas o otras prestaciones, o servicios vinculados a la formación laboral, ¿no? O a la *recerca de feina*, es decir, cualquiera de los que... o atención personal, la atención a domicilio.

E: Y este plan de trabajo, entiendo que es una planificación de apoyo por vuestra parte, de profesionales de Servicios Sociales que entiendo que va en este sentido de temas de vivienda, o temas de búsqueda de trabajo, ¿no? ¿Hacéis atención psicológica?

MF: También.

E: O sea que también puede estar incluido en este plan.

MF: Sí, dentro de Servicios Sociales en Barcelona, por eso te digo que la especificidad, tenemos psicólogos. Tenemos trabajadores sociales, tenemos

---

educadoras sociales, tenemos psicólogas, y tenemos también un servicio de juristas, ¿vale? Con lo cual, la atención es bastante integral.

E: Vale.

MF: De todas formas, lo que es la atención psicológica es una atención más de soporte, más emocional. Porque cuando hay algún tipo de patología evidentemente se deriva al CSMA.

E: Vale. Es que por ejemplo una de las vulneraciones de derechos sexuales que se han identificado en este colectivo específico es, pues ante la retirada de las criaturas, de la custodia de menores, pues ausencia de un acompañamiento en ese proceso. Que esto no es competencia de Servicios Sociales directamente, pero no sabía si en esta situación o en otras similares esa atención psicológica puede ir dedicada a hacer esos acompañamientos.

MF: No debería ser así, porque justamente son los EAIA quien a propuesta suya, desde la DGAIA pues el juez dice que aquella persona tiene que... porque no está en condiciones, tiene que tener los niños ¿no?, sus hijos, en protección. Pero justamente el EAIA, es el servicio que además tiene psicólogas también ¿no? El EAIA tiene psicólogas, pedagogas... digo en femenino porque la mayoría son mujeres. Psicólogas, educadoras y pedagogas, y trabajadoras sociales. Con lo cual, este trabajo, de acompañamiento, lo tiene que hacer este mismo servicio.

E: Vale. Bueno, hasta donde sé creo que no se hace, pero por eso preguntaba de qué manera...

MF: En según qué familias... claro. Dependen de... depende. Cuando es pactado, trabajado y la familia lo entiende, pues seguro que sí, porque la intención final de este niño o esta niña es de retorno a la familia de origen, con lo cual es el EAIA quien tiene que trabajar este retorno. A veces no se puede ¿eh? Porque la familia está muy deteriorada y no se puede. Pero en principio, teóricamente, tendría que ser así. Pero sí que es verdad que no es servicios sociales básicos, no sería nuestra competencia, sino que sería de EAIA en este caso.

E: Vale, vale, gracias. Una de las cosas que estoy intentando comprobar en este trabajo en el territorio específico de Nou Barris es si las políticas sobre salud sexual y reproductiva son transversales. Estoy trabajando sobre un documento que es la *Mesura de Govern sobre salut sexual i reproductiva de l'Ajuntament de Barcelona*, y se deja entender en este documento que son transversales. Y desde ahí, por eso, también me interesaba el contacto con vosotras, para saber si tenéis algún contacto con la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, o sea, entendiendo otra vez que no son funciones o competencias básicas de los servicios sociales, pero si esta transversalidad estaba sucediendo de esta manera pretendida.

MF: Vale. Mira, en Nou Barris hay un ASSIR, uno de los servicios especializados en atención a la salud sexual y reproductiva, no sé si has contactado con ellas.

---

E: No, todavía no. Están en CAP Río de Janeiro, ¿puede ser?

MF: Creo que sí, creo que sí. Entonces, en Nou Barris... o sea, desde los Servicios Sociales de Nou Barris... Bueno, te pongo un paréntesis. Yo ahora dirijo los Servicios Sociales de Nou Barris, pero hace diez años he estado en otro territorio ¿vale? Pero hace más años todavía, yo era educadora de Nou Barris, ¿vale? Fui educadora de Nou Barris, luego directora de un centro de Servicios Sociales, llevé durante un tiempo los Servicios Sociales de Nou Barris, me pusieron en otro territorio y ahora he vuelto. Digo esto, porque cuando yo era educadora, esto es la prehistoria ya, justamente con lo que es ahora el ASSIR, montamos un proyecto para trabajar con jóvenes en los institutos básicamente, sobre salud sexual y reproductiva. Es un problema que se llama JASP, se trabaja con jóvenes dentro de los institutos, y es un proyecto que tiene una trayectoria ya de quince años. Y ahí sí que tenemos una conexión total ¿vale? Pero básicamente muy situado en jóvenes.

[...]

#### A.2.7. Entrevista 7

[...]

E: ¿Puedes definir brevemente qué es el *Pla Comunitari*?

JA: El *Pla Comunitari* es un proyecto, un programa, ¿no? que lo que pretende, el objetivo es mejorar el nivel de vida de las personas que viven en el barrio, y a parte fomentar la participación. Ese famoso empoderamiento, empoderar a los vecinos y vecinas, para que... bueno, ¡para que se hagan también suyos su barrio! Verdum es un barrio dormitorio: vienes, duermes, te vas a currar, y ya no haces vida allí. Tampoco es un barrio que de mucho para estar en la calle, porque no hay casi plazas, es todo bloques y cuatro plazas mal puestas, hay dos medio grandes, y otra chiquitita.

E: Es un barrio muy pequeño ¿no? Es como un triangulito.

JA: Es un triangulito, sí, es muy chiquitito. Es fomentar un poco eso, la participación de los vecinos, promover la participación todo el rato. Y tenemos unas *taules de treball comunitari*, donde están los servicios, entidades, recursos como *Serveis Socials*, el CAP, pues *habitatge*, Lola no estás sola que se está incluyendo porque acaba de llegar como al barrio, la asociación de vecinos, la *Associació Pare Manel*, que también está allí ubicada. Y luego algunas, sobre todo *amb gent gran*, que participan las mismas personas mayores del barrio. Luego hay una *taula* de familias. Igual me estoy adelantando a las preguntas, es un poco el esquema que tenemos del *Pla Comunitari*. Verdum Familias es más el tema de educación, también salud, en todo lo que envuelve a la familia, ¿no? Y abarca desde adultos hasta infancia, o gente mayor también. Y aquí no participan las familias porque ya es más complicado, los adultos no tienen tanto tiempo como los jubilados, pero bueno. Y ahora hay *Verdum Joves també*, la *taula de joves*...



E: Pero entonces, ¿quién mueve Verdum Familias?

JA: Vale, nosotros somos como los que lideramos las *taules*, y claro, esto viene de hace muchos años que se inició el proceso, y entre los... no sé muy bien cómo empezó, supongo que entre tres o cuatro personas de Servicios Sociales, del CAP, del *Pla Comunitari* de Verdum que trabajaban, de la asociación que nos gestiona, vale, porque no lo he dicho pero nos gestiona una entidad... Bueno, a partir del diagnóstico de salud decidieron crear estas *taules de treball*. No sale porque me lo invento ¿no? Y nosotros lideramos y dinamizamos. Pero al final es que ellos mismos creen cosas ¿no? Entre los servicios, entre las entidades...

E: ¿Y qué participación tenéis más o menos?

JA: ¿Nosotros?

E: Sí, digo de número de personas, de implicación de las vecinas y vecinos.

JA: A nivel de proyectos no sé. Número, número... serán alrededor de sesenta o setenta personas a lo mejor.

E: Sí, aproximadamente, ¿eh?

JA: O más, incluso, porque luego también... o igual cien, pero claro, que no están ahí activas súper voluntarias todo el rato ¿no? Que pasan por los proyectos, vienen, van. Y claro, está el Espai Familiar de Verdum, que también lo gestionamos desde el *Pla Comunitari*, que eso son infancia y familias ¿no? Luego hay un grupo motor de familias, que hacen... están como liderando también un proyecto que es para las familias, de ocio y tiempo libre, pero en familia. De hacer actividades en familia. Y eso hay como un grupo motor que trabaja en la programación, en la organización, en llevarlo a cabo no tanto porque eso cuesta más, y en la evaluación y eso. Y luego la *gent gran*, que están a tope.

E: Son los que más a tope están.

JA: Claro, tienen un montón de tiempo, tienen muchas ganas de hacer cosas. Bueno ahora con lo del Covid se nos ha jodido un poco esto, pero...

E: Porque la media de edad del barrio de Verdum más o menos...

JA: Es *gent gran*.

E: Es gente mayor, vale.

JA: Sí. Y luego tenemos un grupito de *joves*, que surge a partir de un proceso participativo en el 2018, que se hace desde el *Pla Comunitari*, que *el diagnòstic de salut, el que es fa des de l'Agencia de Salut*, dice que los jóvenes tal, y hay conflictos intergeneracionales y tal, y se hace un proceso para ver qué quieren los jóvenes de Verdum. Y de ahí sale un grupito que se ha formado como *comissió de joves*, que ahora están dentro de la asociación de vecinos montando la fiesta

---

mayor, montando actividades, y también se nos ha parado todo, porque estábamos en un proceso de que ellos se crearan, bueno, como asociación para pedir subvención. Porque claro, *l'associació de veïns...* bueno, los típicos problemas intergeneracionales ¿no? Pero ahora están otra vez, hemos vuelto a reactivar la comissió de festes, donde están los jóvenes participando y hay como unos diez jóvenes con ganas de hacer cosas.

E: Muy bien.

JA: Y eso está guay. Y se han mezclado entre jóvenes que no se conocían, de *pre-monitors de la fundació*, de... bueno, siempre jóvenes que estaban haciendo cosas en el barrio, por otros lados, ahora se han juntado por y para el barrio.

E: ¿Me puedes repetir cómo se llama la asociación de la que salís?

JA: *Associació Comunitària de Verdum*. Se fundó en el 2003, *arrel* de un primer diagnóstico participativo que se hizo, con el Marco Marchioni, que es como el referente, que se murió hace poco además, de los procesos comunitarios.

E: Vale. En todo lo que me estás contando veo muy claro la incitación a la participación, pero ¿cómo dirías tú que el *Pla Comunitari...*? ¿de qué manera intrínseca o transversal, sucede eso de intentar mejorar el nivel de vida de los vecinos y vecinas del barrio?

JA: Bueno, eso es muy difícil porque es muy subjetivo, pero sí que es verdad que la cultura, la participación, hacer cosas y sentirte útil, pues ya mejora la calidad de vida ¿no? No somos la administración, que sería lo que al final podría mejorar, económicamente al menos, la calidad de vida, pero bueno hacemos esto de esta manera... es una pregunta difícil.

E: Es difícil, es difícil.

JA: Entendemos eso, que la participación también es como se mejora la calidad de vida.

E: Sí, sí, no era trampa ni pregunta de nota, solo para ver si había alguna cosa más que...

JA: No claro, lo que abordamos ahora con el tema del Covid y todo, la *Xarxa de Suport de Verdum*, estamos haciendo mogollón de traspaso a *Serveis Socials*, en coordinación con *Serveis Socials*, casos de familias, de tal... y bueno, claro, no podemos tampoco cambiar o solucionar todo, y hay cosas que no están a nuestro alcance ¿no? Derivamos a *Serveis Socials*, o al *banc d'aliments* que hay por el barrio, o en otras *xarxes de suport*.

E: Y tenéis relación, imagino, con planes comunitarios de otros barrios, ¿no?

JA: Sobre todo con Roquetas, que trabajamos muy de la mano. Antes estaba Trinitat Nova, que desapareció...

E: Ah vale, desapareció, por eso no encontraba nada en...

JA: No, es que se lo cerraron. El *Ajuntament* dijo “oye que tal...”

E: ¿Por algún motivo en concreto?

JA: No lo sé exactamente, pero creo que algún conflicto entre la gestión que estaba llevando la asociación de vecinos y el trabajador, o no sé qué historia, porque yo aún no estaba trabajando. Yo llevo... va a hacer dos años. Y también a nivel de Barcelona hay una *xarxa de plans comunitaris*, que nos vamos reuniendo ahora mensualmente. Antes era como cada trimestre y tal. Y estamos también en contacto con *Acció Comunitària de l’Ajuntament*. El Pla Comunitari abarca tantos temas, tantas cosas, que tienes que hacerte un esquema mental que a veces es como tan loco, que dices madre mía, a ver esto, ¿no?

E: Sí, sobretodo que hay cosas que pueden tener múltiples abordajes, y también imagino que vuestra capacidad de acción según y cómo, es limitada en algunos momentos.

JA: Claro sí, somos dos y no podemos hacer... a tope, claro, y estamos a treinta horas, que bueno, eso son las condiciones laborales, que es otro tema.

E: Pero tienen que ver también con el servicio ¿no?

JA: Nosotros hacemos lo que podemos, en la medida en que podemos, y lo mejor que sabemos o podemos también.

E: He visto en la web que trabajáis con perspectiva de género, que está ahí. Cuéntame un poco.

JA: Está ahí. Vale, no está muy muy trabajado, pero es algo que luego también la administración lo valora, entonces lo hemos trabajado en equipo, en la entidad aún no hemos hecho ningún proceso bien, de participación sobre este tema o de generar *protocol d’actuació*, o lo que sea, entonces al final es... bueno, hay que ponerlo, pero sí que es verdad que desde siempre se ha mirado, y las chicas que había antes también, es decir, tenemos esta visión y somos un poco feministas todos ¿no? Y el tema de *l’espai familiar, de les cures*, de por ejemplo, para una reunión que “pues tengo que ir con los niños”, habilitar un espacio para que haya ahí *la canalla* y tal... y puedan estar jugando mientras las madres, padres o abuelos, o tíos hagan la reunión tranquilamente. Luego está el tema que también estamos trabajando, pero ya como un proyecto que sale, que es la *taula de Franja de Nou Barris*. Ahí sí que hemos trabajado *protocol d’agressions masculines a l’espai i activitats d’oci*, que está muy enfocado a lo que son los talleres o actividades de la *taula de Franja que és amb adolescents i joves*. Que no está dentro del Pla, pero bueno, de ahí también cogemos muchas ideas. Luego intentamos trabajar el tema *dell llenguatge*, que bueno es que esto es un proceso a largo plazo y muy interior de cambiar rutinas mentales.

E: Sí, por una parte es como práctico e interno, y a la vez de cosas muy concretas de la vida cotidiana, como lo que estabas diciendo de habilitar un espacio para que puedan estar las criaturas ¿no? Es como... no requiere quizá una reflexión muy profunda, pero sí una acción muy concreta.

E: Vale, hay una pregunta que ya has respondido indirectamente, que era si hay algún mecanismo de cuidado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres del barrio. Tan concreto y específico no, ¿no?

JA: No, un servicio no.

E: No se han hecho charlas sobre ITS, o sobre temas de embarazo, fecundidad, lactancia, o sobre cuestiones así.

JA: Bueno mira, lactancia en el Espai Familiar sí, se hacen muchas cosas de este tema, porque son de 0 a 3 años, con familias, y entonces sí que lo hacen.

E: Claro, es que cuando preguntas sobre salud sexual y reproductiva para muy... pero cuando lo bajas, es como...

JA: Bueno, es que abarca muchas cosas entiendo, ¿no? Que no sé, porque tampoco...

E: Sí, yo creo que podríamos decir que abarca desde lo que es el hablar de lo íntimo, el placer, el erotismo, la fantasía, y todo esto, hasta la seguridad y el opuesto a las violencias, hasta esta parte más biomédica, de infecciones y enfermedades, y el tema de las maternidades, con todo lo que abarca.

JA: Nosotros exactamente no lo hemos hecho en este tiempo que llevamos, pero no sé si anteriormente, para *els adolescents*, seguramente...

AP: Claro, a nivel de colegios hacen educación sexual con la Agencia de Salud Pública de Barcelona, las enfermeras comunitarias que hay en el territorio van.

JA: Claro, pero esto como en todos los institutos ¿no?

AP: Sí, después a nivel del CAP, este año no, pero me parece que dos atrás había como un servicio que también colgaba de *l'Agencia de Salut Pública de Barcelona*, que se llamaba ASSIR.

E: Ahí iba ahora, que si había ASSIR en el CAP de Verdum porque normalmente están vinculados a los CAP.

AP: Estuvo en el CAP y luego también descentralizamos y había un punto en el Casal de Barri, que está como más en el centro del barrio. Pero esto se terminó, y ahora ya...

JA: Bueno, en el CAP están las *tardes joves*, que creo que aún siguen estando.

AP: Hay esto, toda la intervención que hacen los educadores de calle, que en los programas tanto en institutos como con grupos informales... No sé.

JA: Bueno, el Punto de Información Juvenil, que aunque está un poco lejos pues siempre... pero bueno, ya está.

AP: Lo que no hemos hecho es cómo organizarlo a nivel comunitario todo esto. Son recursos y servicios que existen, pero que como máximo nos coordinamos, o nos traspasamos información.

E: Sí, que trabajáis en *xarxa* con estos recursos.

JA: Sí, sí.

E: Pero no hay, como dices, una pauta, o un protocolo.

AP: No hay un trasfondo comunitario, o una finalidad detrás. *Vull dir*, son como servicios que cuelgan de política pública, se ubican en territorios, desde cada ámbito, pero a nivel territorial nosotros trabajamos en clave de plan comunitario, pues no es una cosa que hemos abordado, con calado y con cierto...

JA: Estoy pensando, que sí que en *habilitats per la criança*, que es de l'Agencia de Salut Pública y que lo trabajamos en la *taula* de Verdum Familias, que puede ser que en esta *taula* salen casos, como está la pediatra, o viene la *treballadora social* del CAP, *Serveis Socials*... ahí a veces se pueden abordar estos temas. Durante estos años, ahora no recuerdo, pero sí que es verdad que en el *diagnostic de salut de l'Agencia de Salut Pública* sí que hablaban de los embarazos adolescentes, que había un número alto de jóvenes que...

E: Sí, Verdum estaba por encima de la media de Barcelona y de Nou Barris, me parece.

JA: Pues fíjate, y no...

AP: También había temas más relacionados con ITS y de higiene, a nivel sexual.

E: Sí, iba a hablaros del informe este del 2016 de diagnóstico de la Agencia de Salud Pública, porque en el informe se habla de una percepción por parte de los vecinos y vecinas de que hay un problema con el tráfico y con el consumo de drogas.

JA: Uy, sí.

E: De hecho, se habla de normalización del consumo en este informe. ¿Se puede decir o vosotros pensáis que en el 2020, porque esto es de 2016, se mantiene esta normalización?

JA: Sí, pero se mantiene en toda esta zona de Prosperitat, Trinitat Nova, Roquetes, Guineueta, Canyelles... No es solo Verdum. Claro, y esto viene *arrel de* los años ochenta.

E: Por eso te decía que me sorprendía que solo hubiera el CAS, de atención a la drogodependencia. Por eso pensé que quizá hay una absorción comunitaria de la cuestión, que igual eran las asociaciones de vecinos que en algún territorio concreto se han organizado para...

JA: Bueno, *hi ha la taula de convivència i prevenció*, que ahí a veces se tratan estos temas, vienen de la *guàrdia urbana, districte, mossos d'esquadra, els mediadors de l'espai públic i comunitats de veïns*, que igual también tratan estos temas porque se quejan los vecinos, "oye, aquí tenemos un piso que está vendiendo todo el rato, y no para de subir gente y bajar y no sé qué", y esto igual pueden hacer intervención. *La xarxa de veïns, el casal de barri...* bueno, hay diferentes agentes que se reúnen para hablar a veces de estos temas, entre otros, porque claro, hay muchos. Pero es algo que quizá se ha normalizado, no sé. Mi percepción sí que es como... bueno, yo que sé, tampoco son los capos de la...

E: Ya, no es una pregunta que vaya a buscar la estigmatización.

JA: Al final cada familia se tiene que buscar la vida, y de ahora en adelante, va a ser más. Más la venta. Bueno, y el consumo también. Tienes que sacar pasta, y aquí quien no vende... si no tienes curro, estás en el paro, incluso vives con tus padres.

AP: *Jo també tinc la sensació* de que lo que pasa es que se focalizan espacios concretos de cada barrio, ¿no? Los espacios más de consumo o de compra-venta, y también de *habitatges*, de edificios, que son como más... En Verdum hay unos que ya sabemos, y después hay como otras zonas del barrio que parece que no está tanto el problema. Pero bueno, después se da esto también, de que supongo que cualquier persona en tu entorno más inmediato... siempre tienes a alguien que está trapicheando o algo.

JA: Y de hecho ahora, además, aquí al lado hay un club cannábico ¿no? Y más abajo hay otro.

E: Bueno, se supone que los clubes cannábicos pretenden evitar que se consuma en espacios...

JA: Sí, pero al final es un negocio, y la gente entra, compra y se va. Bueno, y más ahora que no puedes estar dentro.

E: Sí, sí.

JA: Se han saltado las normas de asociacionismo y se han montado casi una empresa.

E: ¿Creéis que el consumo, visible, en Verdum, es más masculino o femenino?

JA: Yo creo que masculino, pero cada vez más femenino, pero no sé.

AP: *Jo també tinc aquesta percepció*. Que en general en el espacio público, como con cualquier actividad, pues predomina y es más visible a nivel de hombres. Y con cannabis yo creo que es más mixto. Que en la calle los consumos están como...

E: Más equiparados ¿no?

AP: Sí.

E: Y la misma pregunta entre jóvenes y personas adultas, ¿qué creéis...?

JA: Yo creo que con jóvenes cada vez más y más jóvenes, también ¿eh? Y de ir fumando por la calle... Incluso yo creo que veo más gente joven fumando por la calle que gente mayor.

E: Bueno, es verdad que la gente más mayor tiene casa...

AP: Tiene espacios.

E: Pero bueno, sí, está bien saber si el espacio está siendo ocupado o...

JA: Lo que te decía también, que a nivel de Verdum, como casi no hay espacios donde puedas estar, pues tampoco es que haya gente. Mucha gente joven de Verdum se baja a la plaza de la Prospe, o bueno, también es normal, te vas lejos de tu casa ¿no? Y ahí en el barrio la verdad es que pocos jóvenes hay en las plazas o parques. Sí que hay gente a lo mejor más adulta, en la plaza que hay aquí al lado que es la más grande, o en la plaza Verdum, porque tampoco hay... o el parque de la Guineueta, pero claro, eso ya no es Verdum. Pero bueno, en general, ¿hay muchos jóvenes? Sí. ¿Fumando? Sí. ¿Y adultos? También. ¿Y alcohólicos? Mogollón. Pero bueno, como el alcohol es legal, ¿no?

E: Pues creo que las otras ya me las habéis respondido entre medias. Porque era si hay algún proyecto o organización que trabaje con consumidoras de drogas en barrio o proximidades, que ya me habéis hablado de la *taula de convivència i prevenció*.

AP: Bueno, después está la entidad Lola no estás sola.

E: Sí, ya me entrevisté con ellas.

AP: Bueno, y tampoco no hay ningún proyecto aparte de estos que se focalizan en un grupo de población o que se trabaje específicamente alrededor del consumo, me parece a mí, pero sí que se incorpora, a nivel más en clave socioeducativa, a nivel de los *programes de salut dels barris*...

JA: Todo con la mirada de la prevención, ¿no? No de actuar ya...

E: Eso me había parecido, porque como ahora la Agencia de Salud Pública está promoviendo una visión más holística de la salud, en la que todo es salud, a partir de los determinantes sociales... Cuando veía documentos o vuestra web de Pla Comunitari, o de Roquetas y otros, era como que en ningún momento, aunque lo de las drogas está en el informe de diagnóstico de los dos barrios como que hay mucho consumo, pero luego cuando miras los documentos de qué se está haciendo, no se habla de drogas, en ningún momento. Es como, vamos a evitar decirlo, aunque

---

vamos a hacer muchas cosas para evitar que los jóvenes especialmente caigan en el consumo. Y no sé hasta qué punto, y os pregunto, ¿es una estrategia efectiva, o no?

AP: Sí, yo creo que se da un poco este abordaje, ¿no? Se mira bastante así.

JA: Pero que no se especifique, no creo que sea por no promoverlo. O sea, no sé si me explico.

AP: A mí, es que claro, tampoco me lo conozco de décadas atrás, pero me parece que se hizo trabajo más explícito o de forma más directa con las drogas y siempre desde una perspectiva muy securitaria, muy desde la policía, desde problemas importantes de consumo desde la seguridad pública, y cuando todo esto terminó, se empezó a trabajar más con este paradigma de... alrededor de la salud, de ocupación del tiempo, de inserción laboral, y se está trabajando aún así, yo creo. Y el tema de las drogas pues ahora se aborda así. Porque cuando empiezas a trabajar a nivel comunitario, pues también los paradigmas son los que son de cada gente, digamos. Si trabajas con el ayuntamiento, pues los recursos tal y como los disponen son estos, nosotros lo hacemos también así, desde el punto de vista más socioeducativo. La gente del CAP y de Servicios Sociales, más de lo mismo, y después también se hace mucho trabajo alrededor más de salud mental, y emocional, con proyectos y cosas. *Però... és veritat que no...*

JA: Bueno, y luego sí que desde la *taula...* es que las *taules comunitàries* son tan transversales que trabajas tantas cosas a la vez, que a veces te sale drogas, a veces te sale... por ejemplo, ahora que lo estaba pensando, intentamos que cada año, en los talleres de verano que hacemos para jóvenes, bueno se están moviendo para hacer como un taller formativo, y hay uno que es de sexo, otro que es de drogas y otro que es de feminismos, por ejemplo. Pero desde la prevención, o de conocer también las drogas.

AP: Es que yo creo que también viene muy de lo que explicabas tú antes, de que la penetración de que la gente consuma, o haga pequeñas ventas es mucho en clave socioeconómica también, y al final dices, bueno, no sé qué es lo que vamos a cambiar. Porque si nos centramos más en concreto en adicciones o niveles de consumo más problemáticos, pues hay algún recurso ¿no? Pero el abordaje en este sentido, yo veo que se hace más desde otros ámbitos ¿no? Es verdad también, con la pregunta que hacías, que estaba pensando, que después todas las entidades, los recursos, promueven cosas ¿no? O disponen de servicios, recursos, sin abordar directamente el tema de las drogas y con esta mirada de trabajar a nivel de salud en general, de ocio, de lo que sea, pero claro, llegas donde llegas también. Con esto también se puede ser un poco autocrítico, y decir pues ahora que comenzamos el *juliol de Franja*, estaría dentro de esta lógica que ofreces talleres gratuitos que se hacen durante todo el año en los *casals de joves*, para que se vinculen ahí y todo esto, pues el impacto que tiene es el que es. Porque se hace difusión en todos los institutos pero te participan como máximo ciento cincuenta jóvenes de esta zona, que es interesante, pero siempre tendrás gente que no... ¿no?

[...]



### A.2.8. Entrevista 8

[...]

E: ¿Cómo concebís en la Subdirección General de Drogodependencias la transversalidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos?

Al: La primera pregunta es de máster, ¿eh?

E: Bueno, en líneas generales.

Al: Cómo te lo diría... o sea, la perspectiva de los Derechos Humanos, desde todos los puntos de vista, desde la visión de la infancia, la visión de género por decirlo así, y la visión de los Derechos Sexuales para nosotros ha de estar en todos los programas que hacemos. También teniendo en cuenta que cuando hablamos de personas que consumen, ya hay muchos derechos que se vulneran, por lo tanto hay que estar especialmente atento a cuál es esta vulneración. Pero cuando hablamos de personas que están en una situación de consumo activo, en reducción de daños, y sobre todo cuando son mujeres, esto se dispara. Entonces nosotros intentamos tener esta mirada. Lo que pasa que también te digo, son cosas que vamos aprendiendo, que vamos mejorando cómo incorporarlos. Yo creo que con la perspectiva de género nos ha pasado un poco lo mismo, hace mucho tiempo que estamos incorporándolo, pero a medida que te vas metiendo más en este tema vas descubriendo más cosas que te faltan por hacer, ¿no? O sea te parecía que más o menos lo tenías bien, pero claro, luego dices, bueno, hay que mejorar mucho todavía. Y yo creo que bueno, tenemos la visión de tenerlo en cuenta, pero también la autocrítica para ir viendo qué es lo que nos estamos dejando y cómo mejorarlo. Pero nos queda mucho recorrido, porque hay mucha vulneración de derechos. Y supongo que si has leído el documento que hicimos para el Observatorio de Derechos Sexuales y Reproductivos había toda una relación de Derechos Sexuales y Reproductivos que se vulneran, que hace falta un cambio de mirada desde la Subdirecc.. o sea, que desde la Subdirección lo podamos trasladar a todos los recursos que tienen a mujeres que consumen. Porque esto también va muy vinculado al estigma. O sea, el estigma que hay en relación al consumo, hacen que las mujeres cuando consumen, pues la mirada ya sea más culpabilizadora, de que es de malas madres, de... y esto, lo que tiene que ver con los Derechos Sexuales y Reproductivos se ve muy claramente, o sea, en seguida se les culpa, por ejemplo si han sido víctimas de una violencia sexual, y ha consumido, la mirada ya es diferente. Ya es, bueno, si va borracha qué quiere, ¿no? Pasan este tipo de cosas. Bueno, es un tema importante y nos queda todavía bastante por hacer.

E: Bueno, supongo que no solamente os queda por hacer a vosotras, sino que ha de trascender a otros organismos administrativos. Estaba pensando ahora en el caso de la violencia sexual, en la atención primera en una denuncia con la policía...

Al: Sí, sí.

E: Al final hay muchos escalones.

Al: Sí, sí, sí. Desde luego. Con temas de violencia sexual, en cualquier mujer, ya cuesta demostrarlo ¿no? Se mira un poco como “qué hiciste tú para que te pase este tipo de cosas”, ¿no? Ibas sola, claro ibas sola. O llevabas falda corta. Ahora cada vez menos ¿no? Pero es una cosa que pasa.

E: Sí, sigue pasando.

Al: Y si ha consumido, cuesta. O sea, lo que nos encontramos es que cuesta, que a nivel de policía se admita la denuncia, y luego que si van a un juzgado, directamente es muy difícil que les den la razón. O sea que, ellas, ahora te hablo sobretodo de las consumidoras más activas, ellas ya lo saben. Y lo que pasa, es que ya renuncian a todo eso. O sea saben, que no es un sistema que les vaya a proteger a ellas. Porque se han encontrado muchas experiencias. Y también diría que el extremo de esto es cuando esa violencia sexual se da dentro de un contexto o de pareja o de trabajo sexual. Entonces ya es como, no tienes nada que hacer.

E: Sí. Es como que si ya te dedicas a esto, ya sabes lo que hay ¿no?

Al: Sí, es como si eres prostituta y te violan, bueno, no es tan grave. Si tu eres un vendedor y te roban, sí que es grave, y se entiende que son cosas diferentes lo que tú has acordado hacer y lo que no. Pero en un contexto como el trabajo sexual no se entiende. Pero bueno, nosotros, como Subdirección de drogas, la responsabilidad que cogemos con todo esto es intentar trasladar este discurso del estigma, de que todas las personas, independientemente de su situación tengan los mismos derechos, que el consumo no se vea como una cosa, sobre todo a las mujeres, que las penalice. Te hablo sobretodo de mujeres porque entiendo que es la parte que te interesa más.

E: Sí, sí.

Al: La vulneración de derechos es en los dos casos, y el estigma es en los dos casos, pero en las mujeres, más.

E: Bueno, y una de las buenas prácticas que estáis implementando imagino que es el tema del ASSIR de La Mina, que si quieres explicarme un poco de dónde parte, por qué lo situasteis en La Mina, qué criterios habéis seguido, desde cuándo está, cuánto dura... Bueno, un poco todo.

Al: Bueno, lo que observamos es que en las mujeres que están siendo atendidas en recursos de reducción de daños, la parte de su salud sexual y reproductiva no se tenía muy en cuenta. Aunque eran mujeres que en muchos casos tenían VIH o alguna ITS, mujeres que habían sufrido abortos en más de una ocasión, mujeres que muchas veces habían pasado por situaciones de violencia sexual, o abuso sexual en la infancia ¿eh? Pero más recientemente violencia sexual. También desarreglos tipo amenorrea, o bueno, diversas situaciones que en otra persona que no estuviera consumiendo hubieran sido atendidas por un ASSIR, pero en estos casos es como que no se les atendía, y sobre todo que ellas no se permitían acceder. Les cuesta mucho pensar que son recursos que también son para ellas. También porque muchas tienen

---

muy malas experiencias con los servicios sanitarios en general, o sea, por la mirada que ha habido de profesionales de juzgarlas, de tratarlas como menos, incluso, bueno, alguna de las cosas que decíamos en el Observatorio es que incluso yendo acompañadas de un profesional se les había negado la opción de un anticonceptivo de larga duración, por cuestiones que igual no estaban tan justificadas desde nuestro punto de vista. Entonces en base a todo esto dijimos, bueno, a ver si podemos mejorarlo haciendo un piloto en uno de los focos más importantes. En el local de reducción de daños de La Mina hay muchísimas mujeres, es uno de los locales que tiene... bueno, muchísimas en comparación con el resto ¿eh? Entonces es uno de los que tienen más actividad. El ASSIR está situado en el mismo edificio pero por otra entrada. Es un edificio que tiene una entrada para el CAS, una entrada para el centro de reducción de daños, y otra entrada para atención primaria, y en el tercer piso está el ASSIR. Con lo cual, era bastante fácil coordinarlo. Y hablamos con el ASSIR y la verdad es que estaban muy dispuestas, o sea, empezando por la directora de los ASSIR del ICS, que es una mujer que tiene mucha sensibilidad con todo este tema, con lo cual también la coordinación era fácil. Las comadronas y ginecólogas, y me parece que solo hay un enfermero, todo el equipo es femenino, también tenían muchas ganas de ponerse y entre todos estuvimos haciendo varias reuniones para organizarnos y con la idea de que las mujeres que están siendo atendidas en REDAN, tengan un seguimiento ginecológico básico. O sea que tengan un seguimiento, algunas pruebas y tal que les puedan hacer desde el ASSIR. En el caso de detectar alguna cosa, como por ejemplo el cáncer de cérvix, que pensábamos que sería bastante prevalente en estos casos, pues que pudieran detectar y atender. Y después en caso de que hubiera algún embarazo, que pudieran hacer algún seguimiento obstétrico en condiciones, ¿no? Y coordinarse, para que pudieran implementar rápidamente el programa de metadona. El origen de todo esto venía del programa de embarazo sin alcohol y sin drogas que estamos llevando desde la Sub-dirección pero claro, para que el embarazo tenga menos problemas, tenemos que garantizar qué se aconseja desde antes, que se interviene desde antes. Y esta era un poco la idea.

E: Vale, y...

Al: Ahora estamos en la fase de... hemos hecho una formación, o sea, los dos equipos se han ido coordinando, el equipo de REDAN y el equipo del ASSIR, han establecido un día de la semana preferente para atender a estas mujeres, que les derivarán desde reducción de daños. Y hicimos una formación sobre drogas, sobre todo el contexto de reducción de daños a todo el equipo del ASSIR, y justo estábamos empezando cuando apareció todo esto del coronavirus, con lo cual estamos en *standby*. El equipo del ASSIR fue a REDAN, y estuvieron viendo las instalaciones, también les explicaron cómo funciona. O sea, se han ido coordinando y explicando mutuamente lo que hacen pero desde la Subdirección también hicimos una formación específica para el equipo del ASSIR.

E: Vale, o sea que estáis en *standby* hasta que venga la nueva normalidad o lo que sea y...

Al: Sí, y en paralelo, REDAN en sí, con el local, estamos haciendo más acciones para incorporar mejor la perspectiva de género. O sea, tipo... O sea, las mujeres iban poco. Y utilizaban poco las duchas, por ejemplo. Pensamos que garantizar un espacio de duchas, un espacio para ellas, un espacio de grupo, podría potenciar la sororidad y mejorar un poco el bienestar de estas mujeres.

E: Sí, sí. Que sientan que tienen ese espacio, que están seguras y que pueden compartirlo. Y la detección de todo esto que me comentabas de la carencia de este cuidado hacia la salud sexual y reproductiva, ¿viene de la mano del documento con el Observatorio de Derechos Sexuales o es una cuestión que venís detectando de antes a través de algún recurso específico?

Al: Viene desde antes. Hay una parte que los profesionales nos explican, otra de lo que la literatura dice, y luego también hay un estudio de CEEISCAT que hacen creo que cada dos años, que hay una parte que es sobre esto, sobre salud sexual en personas que se inyectan drogas. Y claro, ahí sí que hay datos de cuánto tiempo hace desde la última revisión ginecológica, y este tipo de cosas. Y de hecho a principios del año pasado se volvió a hacer, bueno, a finales del año pasado, del 2019, en otoño, se volvió a hacer una recogida de datos, pero no sé cuándo tendrán resultados.

E: Vale, todavía no hay informe nuevo. Vale, y ¿tenéis prevista cómo será la evaluación del impacto de este piloto?

Al: Sí, hicimos un cuestionario previo, y haremos un cuestionario posterior. Y la idea es que los profesionales nos informen de cómo lo ven. El hecho de que este informe del CEEISCAT se haga a finales del año pasado que es cuando estamos empezando este piloto también es muy útil porque nos servirá también de previa, y también la información que las mujeres nos puedan decir. Y luego haremos un post, con al menos los dos niveles que nosotros podemos controlar. Y esperamos que cuando se vuelva a hacer el estudio de CEEISCAT los datos nos sirvan para ver cómo ha evolucionado.

E: ¿Hay perspectiva de si todo va genial en La Mina, que sea un modelo implementable en otros territorios?

Al: Bueno, sí, la idea es esta. La idea es hacer el piloto para ver qué es lo que va bien, y qué es lo que va mal. Y a partir de aquí hacer un planteamiento de qué es realista, e implementar o plantear implementar en el resto de territorios. Lo que sí que es cierto es que con la directora esta que te decía del ICS, de los ASSIR, bueno, justamente nos decía que a raíz de conocer que estábamos haciendo este piloto aquí en La Mina, otros ASSIR de otras zonas que saben que también hay bastante consumo, habían dicho que también les interesaba. En realidad, el hecho de estar haciendo el piloto yo creo que está teniendo un impacto de sensibilización de los profesionales de los ASSIR. Y de hecho, tenemos previsto hacer una formación, que en principio iba a ser una formación de unas 15 horas, y al final como haremos una versión *on line* será un poco menor, será de 10 horas, para todos los profesionales

---

de ASSIR, sobretodo de psicología, sobre el consumo de drogas y la salud sexual y reproductiva. Lo haremos supongo a finales de septiembre, octubre, por ahí.

E: Sí, justo yo también cuando me he dado cuenta de esto del piloto y ya estaba en previsión de hablar contigo he pensado que no había hablado con nadie del ASSIR de Nou Barris. He estado buscando en internet y parece que en principio no hay ningún programa específico ni nada, pero de todas maneras tengo pendiente contactarles también.

Al: Yo creo que el ASSIR de Nou Barris debe corresponder al circuito de salud mental perinatal de la Vall d'Hebron ¿no? *De muntanya, ¿no és el circuit de muntanya?*

E: No lo conozco.

Al: No lo conoces. Bueno, yo tampoco estoy segura ¿eh? Pero creo que sí. Lo digo porque se están organizando... A raíz de la publicación del último protocolo de seguimiento del embarazo que se publicó hace dos años, me parece, se están organizando los territorios por circuitos de salud mental perinatal, con el hospital de referencia, los ASSIR de la zona, los CAS, los centros de salud mental, y Servicios Sociales. Y en la parte de la Vall d'Hebron, que yo diría que corresponde a montaña y La Mina, por lo que diría que sí que está incluido Nou Barris, la psiquiatra que lo lleva en la Vall d'Hebron es la Gemma Parramon, que es una psiquiatra que también... vaya, a mi me gusta mucho su visión también, y se dedica sobre todo a hacer interconsulta en el hospital y a gestionar este circuito.

E: Ana, y ¿colaboráis de alguna manera desde la Subdirección con la Estrategia sobre Salud Sexual y Reproductiva del Ayuntamiento de Barcelona, o vais en paralelo?

Al: No, no colaboramos directamente, porque... bueno, la organización de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, la parte de Barcelona, lo lleva la Agencia de Salud Pública de Barcelona, que pertenece en parte al Ayuntamiento de Barcelona. Entonces la parte de la Estrategia con Barcelona seguramente son ellos los que se coordinan.

E: Vale. Es que uno de los documentos que estudiaba para el trabajo era la *Mesura de Govern* para la promoción de la salud sexual y reproductiva en Barcelona, que a partir de ahí surge la Estrategia, y como es el mismo tema, los Derechos Sexuales y la promoción, pensaba que igual por eso había algún tipo de contacto.

Al: O sea nosotros sí que nos coordinamos con la Agencia de Salud Pública de Barcelona, pero con el ayuntamiento no. Porque entiendo que son ellos los que se coordinan. La competencia nuestra es a nivel de toda Cataluña.

[...]

---

### A.2.9. Entrevista 9

[...]

E: Leía entre el material que me habías pasado que las acciones han de ser transversales cuando los problemas son transversales ¿no? Y yo no me había dado cuenta de que los problemas podían ser transversales. Quizá es una cuestión del lenguaje, había hablado de multidimensionalidad o de otros términos, pero no de que el problema fuera transversal, y no sé si en este sentido, justo con el término multidimensionalidad, si tú me podrías explicar un poco la diferencia sobre el problema. ¿Cómo un problema puede ser transversal?

RM: Sí, bueno. Yo creo que es un poco un juego de palabras, en el fondo, pero más que un problema puede ser transversal, lo que nos encontramos en la realidad, es que cualquier situación que queremos abordar tiene diferentes dimensiones. Lo podemos llamar multidimensional, esto sería una cosa, sería que tiene diferentes dimensiones. No tanto que el problema como tal, es transversal, sino que el problema como tal, lo que requiere es una metodología transversal, para poder abordar la multidimensionalidad del problema que tú quieres abordar. Por ejemplo, si tú quieres abordar el tema de la violencia doméstica, ¿no?, está claro que este es un tema que tiene diferentes dimensiones, no hay un único factor o una única dimensión, puede haber multiplicidad de factores. También está claro que a la hora del abordaje, de esta problemática, tú necesitarás abordarlo desde diferentes disciplinas, desde diferentes ámbitos de intervención, ya sean temáticos o específicos, o ya sean desde ámbitos diferentes. ¿Qué quiero decir con ámbitos diferentes? Por ejemplo, un ámbito sería la administración pública, otro ámbito sería la iniciativa social, el tercer sector, etcétera, etcétera.

E: Ahora hablabas de la iniciativa social y me venía el Sistema de Servicios Local del que hablas en los documentos, que ha de contar con servicios municipales, servicios de otras administraciones sobre el mismo territorio, iniciativa social e iniciativa mercantil. Barcelona cumple con estos requisitos, a nivel de Servicios Locales ¿no?

RM: ¿Barcelona ciudad?

E: Sí, sí.

RM: Sí, por supuesto. Bueno, es que todas las ciudades y todas las poblaciones por pequeñas que sean... Mira yo he tenido la suerte de trabajar en el Ayuntamiento de Barcelona en dos épocas diferentes, una de educador especializado, la otra ya estuve con responsabilidades importantes, a nivel mucho más global de toda la ciudad, pero también he trabajado en poblaciones no tan grandes, por ejemplo en Molins de Rei con 25.000 habitantes. Entonces, en cualquier población, cualquier ciudad, se da siempre un Sistema de Servicios Locales ¿no? Porque cualquier población por pequeña que sea, tú tienes el ayuntamiento, la administración local, más próxima al ciudadano que es la que yo conozco mejor. Tienes, de una forma o de otra otras administraciones que interactúan en aquella población, por ejemplo, tu tienes un centro de atención primaria pues allí interviene la Generalitat, el

---

Departamento de Salud, tienes una escuela, pues interviene el Departamento de Educación de la Generalitat. Normalmente, a no ser que sea una población muy pequeña, muy pequeña, tienes iniciativa social. ¿Qué quiere decir? Tienes entidades que se dedican a aquel tema o a otros temas, y tienes también entidades con ánimo de lucro, que sería lo que diferencia la iniciativa social de la iniciativa mercantil, ¿no? La iniciativa mercantil sería aquella que tendría ánimo de lucro ¿no? Cualquier empresa, o una cooperativa.

E: Claro, ahora lo estabas explicando y pensaba “tiene razón, en todos los lugares hay todos estos servicios”, pero yo que soy de Castilla y León, y pensaba que no exactamente en las mismas proporciones, o con la misma implicación de cada una de las partes. No sé si en ese sentido se podría considerar que hay unos porcentajes de implicación, que hay una implicación más o menos necesaria para que la cosa funcione bien.

RM: Está claro, ahora estás entrando desde mi punto de vista en el elemento más sustancial. Nosotros podemos decir que en todas partes hay Servicios Locales. Lo que no podemos decir, y esto se da en muy pocos sitios, que haya un sistema articulado de Servicios Locales. Esto ya es otra cosa diferente. Es decir, desde mi punto de vista la clave, la clave para una actuación, ya sea una actuación transversal, ya sea una actuación de cualquier tipo, que tenga sentido desde mi punto de vista, requiere varias condiciones, pero hay una que es fundamental. Si tú estás trabajando desde un ayuntamiento, que es lo que yo conozco mejor, y para diferenciarlo terminológicamente, que es lo que en el libro y en los escritos yo diferencio, que es, una cosa es Servicios Municipales, y otra Servicios Locales. Vale, muy bien. Servicios Municipales, en todos los sitios donde hay ayuntamiento hay Servicios Municipales, pero no en todos los sitios donde hay ayuntamiento, el ayuntamiento funciona con un sistema articulado de Servicios Municipales. Es decir, para que me entiendas mejor, yo en los ayuntamientos donde he estado, si no hay una acción que tiene que ser más o menos global, intencionada, desde el liderazgo político, desde el liderazgo también técnico, etcétera; y articulada, los diferentes departamentos pueden estar trabajando cada uno por su cuenta. No tan solo esto, sino además dándose la espalda. Tú puedes ir a un ayuntamiento y para sorpresa de mucha gente que no lo conoce, verás que el departamento de educación que teóricamente se tiene que entender también con el departamento de servicios sociales, no se entienden, ni se hablan, muchas veces. En los Servicios Locales lo mismo. Tú tienes unos Servicios Locales, pero para que esto se convierta en un sistema, es la diferencia ¿no? O sea, lo que diferenciaríamos... podríamos hablar de Servicios Locales y luego podríamos hablar de Sistema de Servicios Locales. ¿El sistema qué es? Cuando hay un sistema articulado. ¿Y qué quiere decir un sistema articulado? Es un poco lo que también si te has ojeado un poco el libro verás, la definición de lo que nosotros decimos que es un sistema de servicios. Estos tres grandes componentes que tiene que tener un sistema de servicios y que entre ellos tienen que estar articulados. Entonces sí, se da un sistema de Servicios Locales. Pero esto es muy difícil, yo por la experiencia, he trabajado 40 años en la administración local, y la verdad que esto cuesta mucho. Yo por ejemplo he tenido la suerte que en diferentes ámbitos que yo he podido incidir y que se han dado unas

---

circunstancias políticas, técnicas, etcétera, se ha podido construir un sistema de servicios. Pero es muy muy complicado. Porque si tú no trabajas con un sistema de servicios difícilmente podrás llevar a cabo también un trabajo transversal o en red bien hecho. Es verdad que puedes no tener un sistema de servicios y puedes tener experiencias de trabajo transversal, pequeñas experiencias exitosas, pero es más complicado, requerirá mucho esfuerzo porque no tienes el sistema que lo facilite.

E: O sea, como estás diciendo, hay una cuestión de articulación, y a la vez pensaba que hay una cuestión de que a veces los servicios municipales ofrecen servicios básicos, una cartera de servicios sociales limitada, básica, servicios a la ciudadanía en el sentido de limpieza y... Pienso en municipios pequeños, con una residencia de *gent gran* y cuatro cosas más, que incluso aunque se hablaran entre ellos, también es muy difícil abarcar según y qué cuestiones de una manera transversal, o no.

RM: Claro, claro. Por eso el hablar de Servicios Locales. Es decir, lo que te encuentras en un territorio, por mi experiencia, es que muchas veces tú desde el ayuntamiento tienes unos determinados servicios, ¿vale? Pero hay otros que no tienes, que los tiene la iniciativa social, que los tienen otras administraciones, o que los tiene la iniciativa mercantil. Entonces lo interesante es que alrededor de la problemática que a ti te interese abordar, alrededor de la situación que quieres abordar, tú coordines todos los servicios y articules todos los servicios. Pero no tan solo los que tienes en el ayuntamiento, sino aquellos que hay en todo el territorio, o que se están dando en toda la población. Muchas veces esto requerirá también con administraciones supramunicipales, más allá del territorio concreto local.

E: Vale. Y cuando se encuentran todos estos agentes, pienso en Barcelona ciudad, ¿cómo se puede afrontar la transversalidad al implicar a diferentes administraciones? Porque por ejemplo aquí nos encontramos con los dos grandes gigantes, la Generalitat por una parte y el Ayuntamiento por otra, y no siempre hay un trabajo articulado entre ellos dos.

RM: Sí, esto que tú dices es verdad y además es muy complicado, no tanto porque no haya una voluntad por ejemplo, muchas veces de los propios profesionales de las diferentes administraciones. Muchas veces es un problema fundamentalmente político ¿no? O sea, no hay... Por esto el trabajo transversal, o el trabajo en red, requiere antes que nada, condición sine qua non, voluntad política. Si no hay voluntad política, de trabajar articuladamente, no va a ir bien. Pueden haber intentos, yo he participado en intentos que han surgido de la base, de los propios profesionales que se han encontrado en un territorio, en un barrio concreto. El que trabaja en la Generalitat, el que trabaja en el Ayuntamiento, etcétera, y han dicho "oye, vamos a trabajar conjuntamente", ¿no? Y esto muchas veces ha sido interesante ¿no? Y se ha dado esta situación. ¿Pero qué pasa? Esta situación que se da desde la base, si no hay la voluntad desde arriba, llega un momento que a lo mejor tú avanzas, con muy buena voluntad, pero llega un momento que el jefe de turno, quien sea, dice "no, tú céntrate en lo que yo te he dicho, y además, ¿quién te ha dicho que dediques parte de tu tiempo a hacer algo que no es tuyo?", ¿no? Esta concepción, cuando forma parte de tu trabajo, es una forma de hacer el



---

trabajo para mejorarlo, ¿me entiendes? Entonces, esto no quiere decir que no haya experiencias, yo he vivido experiencias. Te encuentras con profesionales que les gusta trabajar así y piensan que es la mejor manera, pero luego, si no hay la voluntad política, esto puede crear mucha frustración, porque a lo mejor avanzas mucho, construyes una red muy interesante de trabajo, y llega un momento en que el responsable de la Generalitat o del Ayuntamiento, dice “oye no, esto no. ¿Por qué lo has hecho?”. Por eso es muy importante el hecho de que requiera esta... desde arriba esta voluntad política ¿no? Esto es fundamental.

E: Entonces Ramon, ¿cómo defines el liderazgo político, del que habláis también en los escritos?

RM: Bueno, el liderazgo político es fundamental como te he dicho antes para poder impulsar estos procesos. Para mí el liderazgo político es aquel que desde una administración pública, o sea, porque lo que define el liderazgo político es la voluntad popular en una democracia. O sea, de alguna forma, quien gobierna es aquel que de una forma democrática tiene unas mayorías, constituye un gobierno ya sea municipal, autonómico o estatal, y tiene el mandato de la gente, de la población, para gobernar. Claro, aquí entramos en un tema muy interesante también, y que tendría muchas opiniones diferentes: qué es esto de gobernar, qué es la gobernanza, qué es ejercer el liderazgo político, etcétera. Claro, puedes gobernar sin liderar. Hay muchos gobernantes que gobiernan, pero bueno, de una forma automática diría yo, obedeciendo lo que dicen las normas, etcétera. Para mí el liderazgo político es otra cosa. El liderazgo político es aquel que de alguna manera, con la potestad que te da esta mayoría democrática, y que tú en el momento en que eres alcalde o presidente de la Generalitat o lo que sea, en aquel momento de alguna forma, eres alcalde, una vez estás escogido, de toda la población. No de aquellos que te han votado. ¿Vale? Esto es muy importante entenderlo así. Porque en aquel momento tú eres el alcalde que representas a todos los ciudadanos, independientemente de que te hayan votado o no te hayan votado, independientemente de que estén de acuerdo con tus ideas, o no estén de acuerdo con tus ideas. Este ya es un requisito indispensable para poder elegir un liderazgo, porque si tú, de alguna forma, eres escogido alcalde, que desgraciadamente es lo que pasa muchas veces, y en tu forma de gobernar sigues solo pensando y gobernando para aquella gente que te ha votado o piensa como tú, difícilmente vas a poder ejercer un liderazgo como yo lo entiendo, para toda la población. Eso no quiere decir renunciar a tus ideas y a tu programa. Tú te has presentado a unas elecciones con un programa concreto, y tu obligación es llevar a término aquel programa, que no tienen que compartirlo toda la ciudadanía. Pero tu forma de gobernar, tu forma de liderar tiene que estar al servicio de toda la población, de cualquier situación y cualquier problema. Y de hecho, si te fijas, aquellos dirigentes que han tenido más éxito, y tienen más valoración y han sido más apreciados por sus ciudadanos, han sido aquellos que han sido capaces de ejercer este liderazgo ¿no? De ponerse en frente en un momento determinado, y bueno, aparte de esto que te digo el liderazgo exige honestidad, aquello que tú dices es lo que tú piensas y lo que tú haces sobre todo, esta coherencia entre el pensar, el decir y el hacer, fundamental. Por ejemplo, ahora con el Covid19 ha

---

habido algunas experiencias, muy interesantes en algunos países que curiosamente se ha destacado algunos países gobernados por mujeres. El otro día salía en el periódico, seis países en los que la presidenta o la primera ministra era una mujer, y que han sabido en una situación de estas decir, “bueno, vamos a ver, cómo abordamos esto”, independientemente de los colores, de las situaciones. Han sabido hablar claro a la población, “tenemos esta situación, requiere estos esfuerzos”. Bueno, esto definiría un poco los liderazgos. Y luego hay un tema también fundamental para ejercer un liderazgo. El liderazgo político es una cosa, pero tú después necesitas para gobernar que haya unos técnicos, unos gestores que lo hagan bien. Entonces aquí lo que es fundamental es escoger bien a estos gestores. Y aquí también desgraciadamente se escoge más a estos gestores por el carnet político, que no por el mérito, la profesionalidad y la capacidad. Y esto es un problema también.

E: Sí, sí. Ahora que hablabas de liderazgo pensaba en cuando hemos hablado de liderazgo en alguna clase, o cuando hablamos de dinamizar grupos, en las características de quien es líder del grupo. Entiendo que no puede ser directivo, porque sino no es liderazgo, y me encontraba con que algunas personas entrevistadas me han comentado que a veces los políticos o las políticas canalizan mucho los grupos de trabajo que se hacen para trabajar cuestiones transversales. Es decir, hay una idea política que prevalece, se genera todo un dispositivo supuestamente de participación y de decisión para trabajar en una cuestión pretendidamente transversal pero al final se está trabajando en pos de ese objetivo ya predeterminado previamente ¿no? No sé si me estoy explicando. ¿Esto te lo has encontrado? ¿Es un problema habitual?

RM: Sí, sí. Me parece que te he entendido lo que quieres decir. Que muchas veces... es el tema también de las modas ¿no? Está de moda la participación ciudadana, está de moda el trabajo transversal, pero en el fondo, no hay un convencimiento claro de aquello. Y como tú apuntabas antes, el tema del liderazgo es fundamental. Hay muchos tipos de liderazgo. Yo por mi experiencia profesional, los resultados positivos que yo he tenido, han estado en ejercer un tipo de liderazgo, entre comillas, porque hasta la palabra liderazgo la pondría en cuestión, desde mi punto de vista, pero ha sido por ejercer un tipo de liderazgo que llamo compartido, un tipo de liderazgo donde cada uno, a partir de... tiene que haber siempre un cierto liderazgo para marcar un poco ciertas direcciones, etcétera ¿no? Pero compartido en el sentido de que cada uno, tiene el papel en función de lo que sabe hacer, en función de su especialidad. No todo el mundo sabe hacer de todo. Entonces los buenos liderazgos, son los liderazgos compartidos en un equipo, en un proyecto, donde cada uno puede ejercer el liderazgo en función cuando se requiere en cada momento. Por ejemplo, si trabajamos transversalmente, una de las últimas experiencias en un ayuntamiento que yo tuve, en el tema de la crisis económica, la del 2008 hasta el 2011, la última crisis antes de esta del Covid, ¿no? Que fue una crisis muy dura. Bueno, pues en el ayuntamiento donde yo trabajaba, se decidió, y hubo un encargo político... lo que decimos, primero el encargo político, decir ¿cómo abordamos desde el ayuntamiento, desde la población a partir de lo que podemos hacer, las consecuencias de esta crisis que está siendo muy dura en un

determinado sector de la población muy castigado? Aquella gente que queda más al margen, aquella gente con menos recursos ¿no? Y para esto se creó una especie de organización que se le llamó *Consell de Seguiment de la Crisis*, en el que estaban representados lo que decíamos antes: por un lado los diferentes servicios municipales que tenían que intervenir, desde los de empleo, servicios sociales, bueno, educación, etcétera. Todos aquellos que tenían que intervenir de una forma más clara. Pero también se invitó en este consejo a la iniciativa social, a los empresarios, a los sindicatos, a las entidades como Cruz Roja, Cáritas... Se invitó también a la Generalitat al sector educativo, al sector sanitario. Se invitó a determinadas empresas, que podían tener un papel. Y a partir de aquí se generó una dinámica, un trabajo en red, un trabajo transversal, donde cada uno, en un momento determinado, ejercía un liderazgo, todo y que el liderazgo lo teníamos desde el ayuntamiento. Cuando se trataba por ejemplo de trabajar las ayudas de alimentos, etcétera, pues este liderazgo lo ejercían desde la Cruz Roja. Y todos los otros cooperábamos y trabajábamos para ellos. Al revés, cuando se trataba dijéramos del tema de empleo, pues esto el liderazgo se ejercía desde los sindicatos, desde las asociaciones empresariales, y todos los otros también nos poníamos de acuerdo y trabajábamos en función de esto. Esto es lo importante, las dinámicas que se ejercen. Porque si no hay unas dinámicas que la gente se sienta cómoda, y que se sienta que puede participar y tiene voz y voto, aquello no va en serio. Y muchas cosas que tú decías, se montan pero nadie se lo cree. Ni se lo cree el político ni se lo cree el técnico. Y entonces estas experiencias, ¿qué pasa? Al principio cuelan, pero al cabo de un rato, se le ve el plumero. Y cuando le ves el plumero ¿la gente qué hace? La gente se va. La gente no quiere. Dice, “me has engañado, tú me estás utilizando para decir mira que bien que hacemos un trabajo transversal, un trabajo en red, pero tú no estás haciendo este trabajo, tú no te lo crees. Y además, cuando decidimos algo que a ti no te gusta, tú no quieres que se haga aquello que a ti no te gusta”. El trabajo transversal y el trabajo en red es lo que tiene, muchas veces se decidirán cosas, porque por eso es una red, porque allí nadie manda, todos deciden, que a lo mejor a ti no te gustarán. Pero si se deciden allí, pues tú tendrás que apoyarlo igual.

E: Y siguiendo con esto, ¿tú crees que una transversalidad que ha sido enunciada, pero no practicada en términos reales, es contraproducente, o todo suma? A veces es como, “no es lo que nos habían dicho, pero bueno, algo se está haciendo”, ¿no? ¿Qué opinas tú?

RM: Yo en esto soy bastante radical. Yo creo que es contraproducente, por mi experiencia te lo digo sinceramente. Cuando se han anunciado cosas e involucras a la gente, y después esto no va en serio, quemas a la gente, quemas a los profesionales, quemas a las entidades a las que llamas y pides que dediquen su tiempo y su esfuerzo. Por lo tanto, respondiendo a tu pregunta, yo sería más partidario, es decir, no creo que ayude para nada anunciar cosas que no se cumplen o luego no se hacen como se deberían hacer. Otra cosa diferente es que tú inicies un proceso y que te equivoques. Pero bueno, para esto está el rectificar, todos nos equivocamos. Esto la gente lo entenderá. “Esto no lo hemos hecho bien, vamos a hacerlo de diferente manera”. No es que te haya engañado, no lo sabía hacer

---

mejor, he empezado haciéndolo así pero ahora me he dado cuenta de que metodológicamente esto así no funciona. Esto normalmente la gente sensata lo entiende. Porque ve que tú vas en serio, y además valora mucho que en un momento determinado tú digas, pues como mucha gente, “pues mira, me he equivocado, no lo he sabido hacer bien”, o lo que sea, ¿no?. Pero lo que a la gente no le gusta, y te acaba abandonando, es cuando la gente se siente engañada.

E: Sí, generas desconfianza. Y probablemente a la próxima se lo piensen más.

RM: ¡Exacto! Cuando lo vayas a llamar a la próxima te dirá... no, no va a venir.

E: Decís: “no se puede reformar la institución sin haber reformado previamente los espíritus, pero no se pueden reformar los espíritus sin haber reformado las instituciones previamente”. Claro, esta frase es un rompecabezas, en realidad, porque...

RM: Es la del huevo y la gallina.

E: Totalmente, ¿no? Luego leyendo en profundidad el libro, me iban surgiendo preguntas que en el libro se respondieron, ¿no? Y es donde habláis de la relación entre la administración y la sociedad como un holograma y desde la recursividad, no desde el espejo. Pero claro, lo del holograma y la recursividad a mí me resulta también muy rompecabezas porque es como un bucle de proyecciones en realidad, el todo en la parte, la parte en el todo, esto vuelve, lo otro... Y al final, no acabo de sacar una manera tangible de ¿cómo se producen los cambios en realidad? ¿Siempre es el rompecabezas, o depende de cada temática o de cada problema?

RM: Sí, a ver, cada temática o cada problema tienen unas dinámicas diferentes ¿no? Pero sí que hay unas pautas y una metodología que desde mi punto de vista, y he tocado diferentes temáticas y diferentes problemáticas, si se aplica correctamente sirve. Lo que decías al principio, ¿no? ¿Qué fue primero el huevo o la gallina, la gallina o el huevo? Esta es una frase, pero en el fondo esta frase lo que desde mi punto de vista dice de forma más significativa es que para cambiar, para modificar las instituciones, tú tienes que tener una forma de trabajar, una forma de ver las cosas y sobre todo una gestión relacional. Esta es para mí la clave de todo. Si yo tuviera que definir... esta pregunta no me la has hecho, pero va muy ligada con esto del espíritu, la institución, etcétera. Si yo tuviera que definir un factor del que no puedes prescindir, que es básico para cualquier proyecto de este tipo, de articular un sistema de servicios, trabajar transversalmente, en red, etcétera, es el tema de la gestión relacional. Es decir, cómo nos relacionamos con las personas, en este caso no el usuario, que también, sino todos aquellos profesionales, todas aquellas personas, de los diferentes servicios municipales y de los diferentes servicios locales. En función de cómo tú en una organización estructuras, esto tiene que ver con valores, con qué valores organizativos de alguna forma tú estructuras en esta organización. Y cuando hablo de valores organizativos, estoy hablando de trabajo en equipo, estoy hablando de liderazgos compartidos, estoy hablando del respeto profesional, el respeto emocional a las personas. Estoy hablando de la forma y de las estructuras que tú creas en la organización para tirar adelante un proyecto, si tú

---

creas estructuras que son puramente jerárquicas o creas estructuras horizontales, donde de alguna forma todos los profesionales se sienten agente activo y que se les tiene en cuenta. Pero no sobre el papel, de verdad. Claro, o tú estructuras... y esto tiene que ver con quién impulsa el proyecto ¿no? Cómo de alguna manera tú haces que el conjunto de la organización poco a poco, se va acostumbrando a una forma de trabajar. Esto que te estoy diciendo es muy complicado, es muy difícil, pero se puede hacer. Yo en las experiencias en determinados momentos en las áreas que he dirigido, de diferentes departamentos, esto lo hemos podido hacer, lo hemos hecho. Y luego te das cuenta, cuando pasa un tiempo, porque tú ya sabes cuando uno es el jefe, y le toca mandar por decirlo de alguna forma, los profesionales pues a ver, es normal, yo también he sido soldado raso y en principio enfrentarte al jefe es una práctica interesante ¿no? Forma parte... Pero después poco a poco, cuando tú vas estableciendo unos mecanismos, unas formas de trabajar, unas formas de tomar decisión, de llevar a cabo las cosas, que la gente se siente valorada, se siente respetada, siente que tiene un papel en la organización, que no es un simple objeto ¿no? Este es el elemento fundamental ¿no? Respecto a lo que decías del tema de los hologramas, esto es más sencillo. Lo que querían decir es que cuando tú estás trabajando en red, lo que tienes que hacer es que de alguna manera haya una cierta coherencia en aquello que planteas. Primero tienes que definir, y esto se tiene que hacer desde todos los agentes que participan, ¿no? O sea, en los hologramas fíjate, que aquí hay pues diferentes ámbitos ¿no?, diferentes agentes. Bueno, tú cuando planteas un programa transversal o una actuación en red, lo primero que tienes que hacer, y lo tienes que delimitar consensuadamente con todos los agentes que van a participar, es cuál es el problema. Y a partir de que haces un buen diagnóstico, y tienes cuál es el problema, entonces defines los objetivos comunes. Y a partir de aquí defines los objetivos operativos, las cosas concretas ¿no? Y no solo defines qué tienes que hacer, sino cómo lo tienes que hacer. Y después decides también quién lo hace. Porque no todo el mundo tiene que hacer todo. Cada uno tiene que hacer aquello que sabe hacer, de la mejor manera posible. Y esto es un diseño. Es como el arquitecto que diseña un edificio, pues lo mismo. Tú tienes que diseñar pero participativamente. Lo importante es que de entrada tú ya tienes una idea, pero después esta idea la tienes que trabajar y elaborar conjuntamente, y cambiar todo aquello que tengas que cambiar. Porque es preferible que a lo mejor una idea o un mecanismo que tú lo ves muy claro, estás liderando el proyecto, cambiarlo, aunque no sea tan bueno por decirlo de alguna manera, que ha sido fruto de un proceso de trabajo conjunto. Porque aquello va a dar mejor resultado que tu idea brillante.

E: Sí claro, si es conjunto... Y ahora hablabas de diseño y, ¿sobre la evaluación? Imagino que también es de las partes más importantes de este diseño.

RM: Totalmente, totalmente. Te voy a poner ejemplos concretos porque pienso que es como se entienden mejor las cosas. En esto que te explicaba yo del *Consell de Seguiment de la Crisis*, ¿vale?, una de las cosas que hicimos una vez fi... o sea, bueno, primero vamos a ver la gente que necesitamos, quién somos, quienes hemos de participar, muy bien. Ya estamos todos aquí sentaditos, nos miramos, nos conocemos, muy bien, ¿cuáles son los objetivos? Una vez defines los objetivos,

---

tienes que definir también, porque no sirve de nada definir un objetivo genérico que no puedas después evaluar, por lo tanto tienes que definir objetivos que sean evaluables. Esto quiere decir que aquel objetivo cualitativo que tú planteas, lo tienes que transformar en cuantitativo de una forma o de otra, y hay mecanismos, técnicas, metodologías para hacerlo bien, ¿vale? No sé si has oído hablar de cuadros de mando, de *quadres de comandament*, bueno, etcétera y así. ¿Qué hicimos en el *Consell de Seguiment de la Crisis*? Una vez establecidos los cinco ámbitos fundamentales en que teníamos que actuar: el ámbito laboral, el ámbito social, el ámbito educativo, etcétera y tal, una vez establecido esto, para luchar contra los efectos de la crisis, de cada ámbito se establecieron conjuntamente unos objetivos concretos, operativos. Y de estos objetivos operativos, se concretaron unos indicadores para poder medir, para poder evaluar, si avanzábamos o no avanzábamos. Para hacerlo más intuitivo y más fácil, ¿qué hicimos? Hicimos una especie de cuadro con estos objetivos operativos, con unos indicadores que fueran cuantificables, pero que a lo largo de las sesiones que íbamos trabajando con el consejo, poníamos semáforos, rojo, ámbar y verde. Y estos semáforos nos indicaban si íbamos mal, si no avanzábamos, o si íbamos progresando adecuadamente, avanzando poco a poco, o si ya estábamos avanzando muy bien, o lo habíamos conseguido. Esto nos fue muy útil, fue muy intuitivo, y la gente lo entendió, todo el mundo, claro. Y cada uno desde su acción concreta tenía que aportar los datos concretos para ver si estábamos avanzando, para ver si de alguna manera estábamos reduciendo la tasa de paro, si de alguna manera estábamos avanzando en mejorar el tema del fracaso escolar, si estábamos avanzando en el tema de ayudas concretas a las necesidades energéticas básicas. Todo esto lo teníamos que medir, de una forma o de otra. Bueno, por lo tanto, en conclusión, la evaluación es imprescindible. Si no hay evaluación, desde mi punto de vista, el trabajo no... a ver, no quiero decir que el trabajo que se hace si no se evalúa no tenga sentido ¿eh? Porque si se hace un buen trabajo pues seguro que avanzas. Pero no te da los elementos, si no evalúas, para darte cuenta primero si avanzas o no avanzas adecuadamente, porque a veces, una cosa son tus percepciones, y otra cosa son la realidad y los datos.

E: Y pierdes capacidad de replicar el proyecto, o de aplicar las cuestiones que sí que han funcionado en otras circunstancias.

RM: Exacto, exacto. Y de rectificar, sobretodo. De decir, bueno no, esto no lo estás enfocando bien, y lo enfocas desde otra manera, desde otro punto de vista.

E: Quiero hacerte un par de preguntas más, Ramon, sobre un documento concreto sobre el que estoy trabajando para el TFG, que es la *Mesura de Govern per promoure la Salut Sexual i Reproductiva a la Ciutat de Barcelona*, que bueno, no tienes que conocerlo para responder a las preguntas, ¿eh? Simplemente, al respecto de esto de las políticas transversales de salud sexual y reproductiva, bueno leyendo este documento que es de 2014, del ayuntamiento, en ningún lugar se hace mención a la palabra transversalidad, pero no por eso no he entendido que no esté ahí. Yo creo que está como subyacente, o sobrevolando, está rodeándolo todo.

RM: Seguro.

E: De hecho, quería preguntarte tu opinión, porque he dado por hecho la transversalidad a partir de un par de cuestiones que menciona, y quería conocer tu opinión a ver si a ti te parecía que iba por aquí. Y es que sí que hace referencia a una estrategia de la OMS, que es *Salut en totes les polítiques*, ¿vale?, sobre políticas públicas, y también habla de determinantes de la salud, que para mi son pura transversalidad...

RM: Totalmente.

E: ... porque en realidad es incluir la salud en todo lo que nos *envolta*, ¿no? Entonces son justamente estas dos cuestiones que a mí me hacían pensar que sí hablamos de transversalidad aunque no se mencione. ¿Tú qué crees?

RM: La primera, perdona... ¿qué decías?

E: *Diu: la mesura també subscriu l'estrategia de l'OMS, Salut en totes les polítiques, que és un enfocament de polítiques públiques molt relacionat amb...*

RM: Está clarísimo, está clarísimo. O sea, la OMS lo que está diciendo aquí, y no es nuevo, o sea la Organización Mundial de la Salud hace muchos años que habla de políticas transversales sin muchas veces utilizar la palabra. Lo que tú dices, no por utilizar la palabra se hacen políticas transversales, y no por no utilizar la palabra se dejan de hacer políticas transversales. Y aquí es clarísimo, cuando habla de todas las políticas de la salud, y en el caso de la salud sexual y reproductiva está clarísimo ¿no? Quiero decir, que esto requiere, y seguro que en el Ayuntamiento de Barcelona, desde diferentes ámbitos, se hacen políticas transversales. Muchas veces sin nombrarlo ¿eh?

E: Sí. Porque una de los términos que sí se utilizan en este documento, que lo he comentado con otras profesionales que he entrevistado, y que estaban vinculadas a esta área temática de los Derechos Sexuales y Reproductivos, es que habla de coproducción de políticas públicas. Que entiendo que no es lo mismo, que son cuestiones diferentes, pero que creo que está como impregnado, me resultan bastante familiares entre sí. Entonces, ya has hablado antes del trabajo en red, y también en los textos que me habías pasado se hace la diferenciación de lo que es transversalidad y trabajo en red, y yo añadiría a esta triada la coproducción de políticas públicas, ¿no? Como de qué manera se pueden relacionar los tres términos.

RM: Totalmente, totalmente de acuerdo. Para mi sobre todo, el trabajo en red que... bueno, esto es un matiz muy académico, pero que por decirlo de alguna manera, en la práctica, en el trabajo en red, también estás haciendo trabajo transversal. Nosotros lo ubicábamos el trabajo transversal dentro del ayuntamiento, ¿vale? Y cuando salíamos fuera, con el resto de servicios locales, hablábamos de trabajo en red. Pero cuando tú estás creando una red, estás trabajando transversalmente también, y estás coproduciendo políticas públicas. O sea, la coproducción de políticas públicas, esto es muy interesante... de hecho, cuando nosotros estábamos

---

en el Consell de Seguiment de la Crisis, aquí lo que estábamos haciendo era coproduciendo políticas públicas, ¿no? Lo que pasa es que las estábamos coproduciendo, estas políticas públicas, conjuntamente con otros servicios locales, ¿vale? No solo desde la administración pública. Pero para mí esto es muy muy importante, ¿no? ¿Por qué? Porque la administración pública, hay cosas que no las sabe hacer tan bien como la iniciativa social, por ejemplo. Y esto es muy importante reconocerlo, y saberlo ver. Igual que desde la iniciativa social también es importante saber ver que hay cosas que ellos no podrán hacer tan bien como podremos hacer desde el ayuntamiento. Porque cada uno tiene sus puntos fuertes y sus puntos débiles. Cada uno tiene sus posibilidades. La agilidad que tiene la iniciativa social normalmente, no la tiene la administración pública, por la burocracia, porque tiene que pasar una serie de requisitos muchas veces legales, etcétera. Que también es una excusa a veces para no hacer nada o hacer poco, ¿eh? También te lo digo. Pero lo interesante desde este punto de vista, es que la coproducción de políticas públicas, se hace desde mi punto de vista, desde el trabajo en red, desde los sistemas articulados de servicios locales. De hecho, fíjate que todo el rato estamos manejando unas terminologías, que en definitiva, estamos diciendo cosas muy parecidas. Trabajo en red, coproducción de políticas públicas a partir de este trabajo en red, articulación de servicios locales, cuando articulamos estas diferentes esferas, articulación de servicios municipales. Pero, en cualquier caso, y esto aprovecho que ya lo habrás leído, lo que es... una de las cosas desde mi punto de vista que es fundamental, para garantizar un cierto éxito de esta coproducción de estas políticas, es que lo que tú generes, ya sea en el ayuntamiento, ya sea en un trabajo en red, entre una entidad y una administración pública, ya sea en donde quieras, es que a parte de analizar bien la situación, un buen diagnóstico, plantear unos buenos objetivos... es que de alguna forma, lo que nosotros le llamamos un sistema de servicios, estas tres patas, el sistema de evaluación y planificación, el catálogo de servicios y el sistema operativo, estén bien articuladas entre ellas, bien estructuradas. Es decir, tu en un proyecto o en una propuesta, por muy sencilla que sea, tienes tu sistema de planificación. ¿Qué es? Lo que quieres conseguir y cómo lo evalúas, ¿vale? De forma sencilla. Tienes tu catálogo de servicios, porque dices que para la reproducción sexual o lo que sea, tú necesitas un servicio de atención a las chicas adolescentes, necesitas este servicio sanitario para el día después, necesitas no sé qué... ¿vale? Un catálogo de servicios. Y después articulas tu sistema operativo, que en definitiva tu sistema operativo es cómo te organizas. Pues organizas una comisión de trabajo, tienes un presupuesto determinado, diseñas un sistema de participación ciudadana, que esto hemos hablado poco pero es fundamental, a partir de los diferentes agentes cómo diseñas, si es necesario que muchas veces lo es y otras no, un sistema operativo. Todo esto forma parte del sistema operativo, estas tres patas, por decirlo de alguna forma, tienen que estar bien articuladas. Y con esto garantizas el éxito de cualquier proyecto de trabajo transversal, en red, de coproducción de servicios, etcétera. De forma muy sencilla es lo que definiría la forma de trabajar tal y como yo... bueno y los compañeros que estuvimos elaborando y pensando un poco, porque todo lo que escribimos fue a partir de la experiencia.

E: Sí, veo que hay casos prácticos que vais explicando.



RM: Ha sido a partir de nuestra experiencia, lo que hemos visto que nos ha dado resultados.

E: Sí que es verdad que no hemos hablado mucho de la participación ciudadana, porque es una cuestión que no ha aparecido mucho es este tiempo de investigación. Tengo alta consideración hacia la participación, y ahora que tengo un poco más claro el mapa pienso que qué complejo articular una metodología de participación ciudadana que funcione en una población de un tamaño...

RM: Sí, es muy complejo, pero hay experiencias muy interesantes. Por ejemplo, en Barcelona, a mi me encargaron en la última etapa que estuve en Barcelona organizar el instituto... crear, que no existía, el instituto municipal de todos los Servicios Sociales de toda la ciudad de Barcelona. Bueno, yo fui el primer gerente, el que creó el instituto y tal, y en aquella época tuve la suerte de que de teniente de alcalde de políticas sociales estaba el Ricard Gomà, no sé si has oído hablar de él, era el teniente de alcalde y era un político como yo considero que tienen que ser los políticos. Sí, a parte de una persona muy preparada, una persona con un discurso social muy claro, también muy progresista, muy elaborado. Y bajo su impulso se creó el Consell de Benestar Social de Barcelona, que bueno, con cantidad de organizaciones, etcétera y tal. Y dio frutos muy interesantes. Duró también lo que duró. Mientras Hubo este impulso, este liderazgo. ¿Por qué? Porque la gente entendió que aquello era sincero, que aquello iba de verdad, que aquello no iba para apuntarse un tanto, sino que aquello iba para intentar abordar determinados problemas y sobretodo sumar sinergias, ¿no?, de todos los agentes. Y en sitios grandes es más complejo, es verdad, por ejemplo pues la facilidad que yo tenía en Molins de Rei con 25.000 habitantes para crear estructuras de este tipo, no tiene que ver. Yo siempre decía... trabajé tres etapas diferentes en Molins de Rei, y yo siempre decía, para mí era mi laboratorio. Porque yo allí podía experimentar cosas que en sitios más grandes no las podía experimentar. Después la podía aplicar de otra forma, pero es más complejo, es más difícil.

[...]

#### **A.2.10. Entrevista 10**

[...]

E: ¿Cómo percibes tú los Derechos Sexuales y Reproductivos en el colectivo de mujeres que usan drogas? Y cuando digo que usan drogas me refiero a que tienen especialmente consumos de dependencia.

MP: Bueno, seguramente lo que te está saliendo en todos los lados ¿no? Que en determinados años... o sea, yo creo que ha habido como una evolución. En ciertos momentos ha habido una visibilización porque se han generado programas, o se han generado actividades, y eso ha puesto el foco en poder hacer un análisis, en tener más datos. Pero sí que es cierto que se ha perdido, entre comillas, como el foco político, y también el foco de las propias entidades. Con lo cual, así a nivel general

---

hay como una invisibilización que creo que se ha agravado mucho más, de lo que hacía quince años o veinte años. Y creo que tiene mucho que ver con todo el impacto del VIH. Quiero decir, como análisis ¿eh? Como está fuera del foco en mujeres y sobretodo también en temas de drogodependencias porque está solamente la lógica de hombres que tienen sexo con hombres, o sea hombres gays, homosexuales, blablabla. Creo que eso ha desenfocado todavía más el conocimiento que podemos tener con el tema de las mujeres, porque es bastante residual lo que se hace en política pública con ellas. Y eso hace, pues eso ¿no?, las dificultades que se puedan tener para hacer un análisis o para poder ver qué se está haciendo. Porque en general, las políticas que tienen que ver con mujeres que usan drogas, drogodependientes, que consumen de forma... es un tema no solamente invisibilizado, sino que no se genera política para que se dé visibilidad a eso. Quiero decir, que yo pongo el foco en que eso es consecuencia de, no es por las características de la población. Quiero decir, que seguramente el problema está en que la situación de las mujeres o la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres, tiene que ver con la poca capacidad de generar política pública que se ha realizado ¿no? Sí que es cierto que hay algunas mujeres que, o sea que sobre todo los derechos que están vinculados, recogidos, trabajados, desde una lógica de violencia, posiblemente sí que haya un trabajo ¿no? Pero así como garantía de los derechos sexuales no. Bueno, hay muchos déficits ¿no? Para mí los déficits no tienen que ver cómo se maneja en pequeña escala en el ayuntamiento, o en los ASSIR o en los servicios, sino porque no hay una política pública real que no sea de estigmatización ¿no? Yo no hablo de persecución, sino de estigmatización. No sé si te he respondido.

E: Sí, sí. ¿me has contestado! Bueno, sobre el tema de las leyes que recogen esto, muchas veces se hace referencia a las definiciones de la OMS.

MP: Sí.

E: De la salud sexual hablando de experiencias agradables, al definir sexualidad también habla de erotismo, de placer, de intimidad. Pero estas cuestiones nunca se reflejan, digamos, en la garantía sobre el papel, de los derechos sexuales y reproductivos. Sin ánimo de querer regular la intimidad de las personas en su habitación o en su cama, ¿de qué manera crees tú que se podría introducir esta perspectiva, que realmente sí que es más holística?

MP: Pero, ¿sabes qué pasa? Yo creo Sara, que hay una cuestión que muchas veces pasa desapercibida, que es que la sexualidad es una construcción social, ¿no? O sea, nosotras explicamos que la sexualidad es una construcción social en determinados ámbitos, pero luego cuando lo traducimos en política pública o en política de que efectivamente se necesitan regular ciertas cuestiones, facilitar recursos, facilitar educación, etcétera etcétera, es como que estamos hablando de otra cosa. Porque no es real que solo tenga que ver con lo que hacemos en la cama, o lo que hacemos en la calle, o lo que hacemos en el lavabo de un bar, sino que tiene que ver con cómo nos situamos con los mandatos de género, cómo nos situamos con las políticas culturales, con... Entonces bueno, uno de los problemas importantes tiene que ver

---

con eso ¿no? Con la lógica que se... que pasa desapercibida con que todas esas cuestiones son cuestiones públicas, que no son cuestiones privadas ¿no? Yo creo que lo que aporta de forma también deficitaria... Bueno, lo digo por eso ¿no? Porque yo no creo que el problema es lo que dice la OMS, el problema es que no hay una traducción real sobre eso, como se hace en salud sexual ni en... o sea, en política de garantía de los derechos. Es como que estamos hablando de cosas diferentes, y en realidad no estamos hablando de cosas diferentes.

E: Sí, a eso me refería. No tanto a cuestionar lo que dice la OMS sino, bueno, que si hablamos de placer y de intimidad o de sensaciones agradables y tal, ¿dónde queda todo eso después? Porque se trabaja sobre las violencias, sobre las ITS, sobre la fecundidad, los embarazos, cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, pero estas cuestiones siempre quedan como de lado ¿no?

MP: Bueno, quedan de lado porque también están en lo periférico del sistema patriarcal. Quiero decir, que no es casualidad que esto pase ¿no? El hecho de que quede en lo periférico tiene que ver precisamente por la concepción ¿no? Y también por el peso. Quiero decir que yo entiendo que muchas veces estemos transitando por la violencia porque necesitamos trabajar los aspectos fundamentales de la violencia y lo que sostienen, y lo que nos genera malestar, y nos genera dolor, y nos genera las cosas que nos genera, o dificultades o consecuencias, ¿no? Pero, es difícil no hacer esa historia. Yo creo que también es necesario de alguna manera como trabajando la violencia, o trabajando la desigualdad y la discriminación, aportar también otros enfoques. Es como ver, o pensar que son contrapuestos, creo que es un error, ¿vale? Creo que realmente necesitamos como incluir realmente el enfoque en esa... también trabajando violencia, también trabajando dificultades, también trabajando las desigualdades. O sea, creo que el error es contraponerlo, y ¿qué herramientas tenemos para no contraponerlo? Seguramente tiene que ver con nuestra cabeza, porque lo hemos aprendido así ¿sabes? De forma muy binaria y de forma muy dicotómica, es como todo ¿no? Entonces yo creo que ahí nos toca incorporar elementos que tienen que ver con la autonomía y la libertad. O sea, para mí la clave cuando estamos trabajando todas estas cuestiones es ¿cómo garantizamos en un contexto de desigualdad y discriminación, la autonomía y la libertad? Y ese es el reto ¿no? Porque eso es lo que te va a dar el valor de la salud sexual. No sé si te sirve.

E: Perfectamente. Sobre la medida de gobierno que te comentaba antes, del Ayuntamiento de Barcelona, si no recuerdo mal ¿estáis también metidas en la Estrategia para la salud sexual en el Ayuntamiento?

MP: Hemos estado mucho más presentes que ahora, ¿vale? Porque sí que es cierto que cuando se hizo la Estrategia era, en esos momentos la presidenta del *Comité 1 de Deseembre*, y estuvimos como muy activas. Entonces, estamos de manera muy secundaria porque estamos a través del comité. Como entidad no estamos, pero estamos metidas en la historia. Y luego, porque el programa del Raval, de formación, que hacemos conjuntamente con SidaStudi, está generando o ha generado... ¿sabes cuál te digo?

E: ¿Es la formación que hice yo?

MP: Sí. Esa formación están pivotándola como que va a ser la formación de la Estrategia.

E: Ah, vale.

MP: Que de hecho era como un piloto, lo que hicisteis. Era la primera vez que lo hacíamos, por eso teníamos todo el tema de la evaluación y toda la historia, precisamente por eso. Entonces esa estructura, es lo que se quiere hacer como el documento que de garantía a las formaciones de las profesionales.

E: Vale, luego te iba a preguntar sobre la formación, así que perfecto. Vale, pues sobre la medida, sobre el tema de la transversalidad que me interesa bastante, en el texto suscriben esta medida de gobierno a una medida de la OMS, Salud en todas las políticas. Y entre esto, y que habla de determinantes de la salud, pues a mí me daba que pensar que habla de transversalidad, aunque no se menciona el término en ningún momento del documento. Y no sé si tú crees que es así.

MP: Yo creo que tiene déficits en la transversalidad, porque yo creo que... O sea, el proceso de la estrategia, que se convierte luego en medida ¿vale? O al revés. Creo que es importante que lo conozcas, que no sé muy bien si alguien te ha explicado un poco esa trayectoria, de qué pasó. Sí que te lo han explicado ¿no?, entiendo.

E: Bueno, lo que he leído es que en el 2012 a través de un informe de *La salut a Barcelona*, que a través del análisis que se hacía ahí sobre salud sexual y reproductiva se decidió comenzar el proceso de crear la medida de gobierno, que entonces se hizo la *taula* de no sé qué... Bueno, grupos de trabajo. Eso es lo que sé.

MP: Bueno yo te digo algo, o sea, me da igual cómo lo pongas ¿eh? O sea, que no me importa poderlo decir, te explico una parte y luego cuando lo pongas traduces un poco también lo que te digo. Lo digo porque hay una dificultad al inicio, muy muy fuerte, porque la Agencia de Salud Pública de Barcelona determina y quiere determinar de forma muy conduc... muy de conducta ¿sabes? Con esa perspectiva que tienen de... a pesar de que tienen un enfoque de desigualdades en salud, ¿vale? La primera propuesta que dan, o sea, la primera, es absolutamente carente desde la perspectiva de Derechos Sexuales y Reproductivos. O sea, absolutamente, es como de campeonato, o sea el primer texto y lo que sale del primer texto es bastante infumable. Y eso, yo creo que a pesar de los esfuerzos, del trabajo que se ha realizado, se traduce en que realmente no hay una integración y una transversalización, no sé si me explico. Porque yo creo que tiene el déficit inicial, que tiene mucho que ver con los enfoques salubristas, en el que el objetivo, por mucho que queramos, que hablemos de la promoción de la salud sexual, etcétera etcétera, es centrado en los riesgos. Ahí hay un... incluso en las propias organizaciones. Hay algunas organizaciones que podemos tener como más gracia o más perspectiva ¿vale? Pero sabes, siempre se articula para reducir riesgos, o para controlar los daños.

E: Vale.

MP: ¿Te he contestado? Lo digo porque yo creo que eso es importante. Y de hecho el debate, la discusión, el primer texto, el trabajo que se hace, la incorporación etcétera etcétera, cambia radicalmente, pero eso no deja de estar presente en toda la historia, ¿vale? O sea, no deja de estar presente en la... pues en el núcleo duro.

E: Claro, a mí me parecía ciertamente sospechoso que no apareciera la palabra en sí. Quiero decir, una cosa es que tú enuncies la transversalidad, y luego no la lleves a la práctica, que eso también sucede en otras políticas, pero ya ni siquiera mencionarla, me parecía extraño. Porque era como dar rodeos en torno a ello. Igual que también habla de coproducción de políticas públicas, que es una cosa distinta pero que tiene que ver ¿no?

MP: Sí.

E: ¿Tú cómo relacionarías, o vincularías esto de la coproducción de políticas públicas con la propia transversalidad?

MP: Pues es que no se puede, desde mi punto de vista, no puede haber transversalidad sin esa coproducción ¿vale? Lo que pasa es que la coproducción, lo que se traduce en el Ayuntamiento de Barcelona, y lo que se traduce en otras administraciones es que nos pasan textos, o nos pasan propuestas definidas, y nosotras es como que las apuntalamos, o las corregimos, ¿no? Pero en realidad no es una coproducción, ¿no? No es como que nos sentemos y pensemos desde el inicio, es como la... yo creo que es como corrección técnica ¿sabes? Que no es realmente una coproducción. Es como... Te pongo ejemplo paralelo: es como el PAM. El PAM, a pesar de que nace de la nada, está estructurado para que tú pienses que estás coproduciendo, cuando no es real, quiero decir, que son estrategias de participación que no son realmente transversales, que no van al fondo del cambio, porque a lo mejor lo que supone realmente es cambiar la estructura de funcionamiento, ¿no? Revisar las *regidories*... y eso también pasa en pequeña escala como puede ser... digo pequeña escala entre comillas ¿eh? Porque *déu-n'hi-do* lo que es la Estrategia o la *mesura* ¿no? Pero que en realidad hay muchas cosas que no pasan por ahí, porque no tiene que ver con que está todo el mundo ejerciendo la misma... o sea, no hay una trazabilidad de esa política en realidad, ¿sabes? Yo creo que ahí se nota un poco...

E: De hecho otra cosa que también me llamaba la atención y que comentaba con Mercè, y que no conseguimos dilucidar, es el tema de los objetivos anuales de la Estrategia ¿no? Porque en la medida de gobierno se habla de que esos objetivos anuales se trazarán a partir de estos informes anuales de *La salut a Barcelona*, ¿no? Pero yo he mirado los informes del 2012 a 2019, y sobre salud sexual y reproductiva suelen ser como dos o tres párrafos, más o menos, en los que el análisis que se hace, las conclusiones que se extraen, son básicamente de salud reproductiva.

MP: Efectivamente.

---

E: Entonces, ¿qué objetivos se trazan de aquí? ¿Tú tienes respuesta a esta pregunta? ¿Cómo se trazan los objetivos, de verdad, de la Estrategia?

MP: ¿Sabes qué pasa? Que yo creo que se trazan desde una lógica todavía de riesgo, o sea, se trazan desde el riesgo. O sea, porque todo el tema de salud sexual se traza... excepto algunas iniciativas que tienen que ver más con el tema educativo, o por ejemplo la formación que nosotras hemos iniciado, que es como una brechita, ¿vale? El resto, tiene que ver con los servicios, y sobre todo tiene que ver no con ese informe general de salud en Barcelona, sino con el informe específico que hace la Agencia de Salud Pública de Barcelona. Quiero decir, como ves yo señalo todo el rato, porque incluso las compañeras de... que nos llevamos bien, que hemos estado trabajando en el cotidiano con nosotras, etcétera etcétera, pero la perspectiva que tienen sobre la promoción de la salud sexual es diferente, ¿sabes? Porque yo creo que ahí es clave. Quiero decir, el problema está en lo que no tiene contenido tangible, es el concepto de promoción de la salud sexual, en todas estas estrategias. Porque luego se opera en lo... en esa lógica que dices, en la parte más reproductiva, cuando toda la concepción de cómo controlar, cómo interferir en los determinantes de salud... O sea, que en Barcelona, que sigamos teniendo los problemas que tenemos con el tema de la tarjeta sanitaria, por ejemplo, y el empadronamiento, y toda la historia, a mí me parece surrealista, por mucha campaña de qué guays que somos y mucha campaña de tenemos un empadronamiento, cuando la realidad es las dificultades. O sea, nosotras seguimos empadronando a gente para poderles facilitar la vida con el tema de la tarjeta sanitaria. El Covid ha hecho como una fantasía sobre el tema de la tarjeta sanitaria. Pero es una fantasía. Entonces, entender la promoción de la salud como un proceso político social global, ¿vale?, eso es lo que marca que se puedan hacer cosas, o que se puedan decir cosas, después en lo tangible. Y eso determina... está determinado que eso no se recoge bien, porque es política comunitaria, o sea, lo que se debería centralizar, y lo que deberíamos estar ejerciendo seguramente, en ese proceso de transversalidad, es como que se está haciendo desde los lugares más comunitarios ¿no? Es como que se habla de enfoques o de perspectivas diferentes ¿no? Y yo creo que eso... bueno.

E: Claro en contraposición, y esto igual es una dicotomía de esas de las que podríamos pasar, pero en contraposición a la no transparencia de la Estrategia respecto al tema de la transversalidad, de los objetivos y de las evaluaciones, miro Agenda 2030 Feminista y me encuentro lo contrario. Entonces no sé si también parte de aquí, aparte de los ODS y demás. Pero, esta iniciativa ¿qué origen tiene?

MP: Claro, Agenda 2030 Feminista tiene que ver con un programa anterior, que habíamos realizado, conjuntamente con la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares, que es como se llama en el inicio, cuando empezamos a trabajar ¿no?, y Cooperació, que es otra de las entidades. Nosotras hacemos un programa, porque tenemos... Cooperació por otros motivos, pero la Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos actualmente, y nosotras, tenemos como la agenda que se estaba llevando en el tema de El Cairo... o sea, todo empieza en El Cairo, con el seguimiento de las políticas de El Cairo. Tanto la Asociación por su

---

lado, como nosotras como asociación por el nuestro, hacíamos seguimiento de la agenda de El Cairo. Nosotras también mucho a nivel internacional, ¿vale? Porque habíamos participado en determinadas cosas. Y lo que vemos es que todo el tema de El Cairo y todo se empieza a transformar en la concepción esa del post 2015. Nosotras iniciamos el seguimiento de la agenda de Derechos Sexuales y Reproductivos en base del seguimiento de El Cairo, ¿vale?, y de la transformación de la agenda de los ODM al post 2015, ¿sabes? Nosotras empezamos a hacer el seguimiento antes. Entonces como estamos haciendo el seguimiento, de cómo se ejecutan los derechos sexuales en la agenda, o sea, cómo se traduce, y para nosotras es una herramienta, empezamos a hacer un programa que es anterior a Agenda 2030 y que tiene que ver con sensibilizar, aterrizar y ayudar a determinados sectores. O sea, para que te hagas una idea, nosotras en el antes hacemos una formación dirigida a la Generalitat, al *Ajuntament*, que participan, y a sociedad civil, en el que hablamos sobre la transformación de la agenda en el concepto de salud sexual y reproductiva. Entonces, como que la agenda se transforma en la Agenda 2030, pero nosotras estamos en todo ese proceso. Con lo cual, lo que nosotras hacemos como entidades, y por tanto como Agenda 2030, es hacer el seguimiento a todo ese proceso. Porque en realidad, el trabajo que se hace luego cómo se traduce, en realidad lo que nos interesa es ver cómo se vehiculiza todo el tema de Derechos Sexuales y Reproductivos, ¿vale? Pero porque estábamos haciendo el seguimiento de El Cairo. Y entonces para no perder Cairo, como recurso que tiene que ver con la nueva agenda, cómo se configuran las nuevas agendas, pasa así ¿no? Excepto que Creación Positiva, a diferencia de... o sea, la Asociación de Planificación Familiar, sabes que toda la incidencia de parte así más internacional, la hace o la hacía, a través de la Federación de Planificación Familiar de España, ¿vale? Nosotras teníamos una lógica diferente por ser también una organización más local y más pequeña en ese sentido, ¿no? Pero al mismo tiempo teníamos una agenda internacional, porque estábamos haciendo seguimiento. Entonces juntamos la idea de poder hacer seguimiento, a esta agenda, y sobre todo empezar a marcar también, desde nosotras, que no se desvirtúe. O sea, el objetivo básico de la Agenda 2030 [Feminista] es que los derechos sexuales no se desvirtúen en la Agenda 2030, porque en ese tránsito de cuando se crea, ya sabes que a nivel internacional hay un montón de elementos fundamentalistas, etcétera etcétera, que hacen caer determinados planteamientos, que tienen que ver sobre todo con el tema de Derechos Sexuales y Reproductivos, por las presiones a nivel internacional. Y lo que hacemos es como utilizar, y lo digo así, utilizamos la Agenda 2030 como un elemento más para poder garantizar la agenda de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Nace de ahí, o sea, y de ahí nace con la intención de poder hacer pues eso ¿no?, incidencia a nivel local utilizando la Agenda 2030. Por eso hacemos todo el trabajo con el tema de los indicadores también, porque es un mecanismo que nos resulta útil para marcar agenda también aquí a nivel interno. Y a nivel internacional nos permite otras cosas. Pero aquí lo que nos permite es poder hacer seguimiento. ¿Qué es lo que pasa? Que el *ajuntament* de Barcelona, en todo este proceso, a pesar de que Pilar Solanes, a pesar de que la gente nuclear en la Estrategia está conociendo toda esta historia, porque de hecho participan en la formación, conseguimos financiación y participamos llevando la Estrategia a Nueva York, etcétera etcétera, en todo este proceso porque es como paralelo ¿vale?, sí

---

que es cierto que hay enfoques que se separan, porque *l'ajuntament* de Barcelona en el anterior gobierno, no es prioritaria la Agenda 2030. De hecho está borrada, se habla con el término de Justicia Global, y es ahora, y lo digo así desgraciadamente, porque es ahora porque entra el PSC con esa lógica que yo tampoco comparto ¿eh?, de Agenda 2030, que empieza a poner en valor ¿no?, la Agenda 2030. Una agenda que no me gusta cómo está enfocada, pero es como que tiene que ver también con colores políticos, que tiene que ver también con enfoques sobre la justicia, que tiene que ver con enfoques de los derechos. Y no, yo no me olvido que muchas veces, y lo digo porque esto condiciona mucho, la *Agencia de Salut Pública de Barcelona*, y la *Agencia Catalana de Salut Pública*, no son agencias o no son instituciones, que les fascinen los Derechos Sexuales y Reproductivos, no. Porque de hecho hay un debate, me acuerdo de una de las responsables de la Agencia, responsable de promoción de la salud, en un debate, te lo explico porque es público, porque estábamos con más gente, ella... y de hecho sigue diciéndolo ¿eh? Dijo que claro, que si hablamos de Derechos Sexuales y Reproductivos, estamos también dando la posibilidad de, por ejemplo, también es un derecho no recibir educación sexual ¿no? Entonces como que legitimamos que al hablar de derechos y no de salud, que existan los grupos fundamentalistas.

E: Es el mismo argumento que utilizaba VOX para el PIN parental.

MP: Efectivamente, es el mismo.

E: Qué fuerte. Oye Montse, tú que conoces los entresijos... porque no sé muy bien cuál es la relación real si existe entre la Agencia de Salud Pública de Barcelona y la de Cataluña. El otro día hablando con una profesional de la Sub-dirección General de Drogodependencias, yo le preguntaba si trabajaban con la Estrategia ¿no? Y me dijo que no, que “ya se coordinarán los de la Agencia de Salud Pública de Barcelona”.

MP: Es que este es el tema, esto es lo que te estaba explicando, precisamente. Porque tiene que ver con agendas y tiene que ver con prestigios de quién pone el artículo en determinadas revistas, perdón ¿eh? Es que esto es así. Y porque muchas veces, tú que estás en la universidad y que conoces un poco determinados estilos, tiene que ver eso muchas veces. A veces se presentan cosas, más para marcar institucionalmente lo que te interesa, que para realmente poder abocar, yo que sé, como la realidad. Tengo solo cinco minutos más, perdón ¿eh?

E: Te hago una pregunta más y ya está, ¿vale? ¿Te parece?

MP: Sí, o si quieres quedamos en otro momento o lo que sea.

E: Vale, a ver. Hablé con Mercè una cosa, pero no llegué a aclararme porque no hubo tiempo, pero igual tú sabes. Ella me habló de una propuesta que hubo por parte de las entidades de trabajar la detección de vulneraciones de derechos sexuales y reproductivos por territorios.

MP: Sí.



---

E: Que esta propuesta, me dijo, que se había apropiado la administración de ella, de alguna manera. Y lo que no sé, y no sé si tú sabes, Montse, es dónde ha quedado esa propuesta, y de qué manera funcionaba. Si me puedes explicar cómo iba.

MP: ¿Sabes qué pasa? Que yo no he hecho tanto seguimiento, porque es cuando ella ha estado. Sí que es cierto que la parte comunitaria tiene que ver con la discusión histórica de *ciutat i districtes*.

E: Vale.

MP: Y de hecho en todo el tema de formación que nosotras hemos realizado, el hecho de que se hiciera desde *districte*, y no desde... o sea, con supervisión de la Estrategia, etcétera etcétera, pone en evidencia determinadas dificultades, que es como a veces los... es como muy impermeable, los distritos, respecto del tema de la casa grande, para entendernos. Y al revés, ¿no? Y tiene mucho que ver con funcionamiento orgánico institucional. Por eso te decía antes, que la coproducción llega hasta que te topas con la institución. Hasta que te topas con la pared de la institución. Que es como que ahí no se quiere meter nada ni nadie, ¿sabes?

[...]

MP: Para mí hay... yo entiendo que la has revisado, es bastante más vieja, que es la estrategia del Estado español, la estrategia de salud sexual y reproductiva, ¿sí? Fue muy interesante todo el proceso, yo estuve en el comité técnico en su momento. Y creo que es muy interesante, porque creo que aporta cosas que se deberían recoger en otras estrategias, porque sí que teniendo en cuenta que no hay competencias, y etcétera etcétera, y luego eso se tenía que traducir, y lo que tú planteabas antes con el tema de dónde están los datos, pasa también con el dónde están los recursos, que pasa desapercibido. Y el hecho por ejemplo de que la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva no sea una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, sino que sea la Estrategia de Salud Sexual, y la Estrategia de Salud Reproductiva, tuvo mucho que ver con debates teóricos que también están condicionando todas las cosas que se traducen. Por ejemplo, tú ya vistes que yo particularmente, o mi entidad, ha apostado por el tema de hablar de salud sexual, incluyendo lo reproductivo dentro. Bueno, porque son enfoques, igual que con el tema de derechos. Son modelos que lo que queremos de alguna manera es cruzar determinadas cosas, y sobretodo poner algunos debates, o retomar algunos debates, que no se tiene porqué estar de acuerdo, pero provocar el debate, que está guay. O sea, que está ahí.

[...]

#### A.2.11. Entrevista 11

E: ¿Cuáles son los motivos por los que intervenís en un colectivo tan específico en comparación con recursos más generalistas (como drogodependencias, o violencias machistas)?

---

CC: Surge de una necesidad detectada, trabajar con esta doble problemática y desde una perspectiva de género. Dado que, en el caso de las mujeres, tienen un mayor estigma: por ser mujer y consumir una sustancia, pero podríamos ir añadiendo interseccionalidades como son: el lugar de origen, religión, etnia, la diversidad funcional, la orientación sexual, la clase, edad, todo ello hace que el estigma, se vaya intensificando. Y sobre todo aquellas que son madres.

Además, se concibe a la mujer consumidora como transgresora en el rol que le toca, y por lo tanto, se la reconoce como mala madre, mala hija, etiquetas de acuerdo a su nivel de pertenencia a la sociedad, eso conlleva a un sentimiento de culpabilización y de vergüenza muy intenso, que las hace todavía más difícil pedir ayuda, y pasan más desapercibidas/invisibilizadas.

Por tanto, por todo lo mencionado anteriormente, comentar la barrera para el acceso, y además si la mujer tiene hijos a su cargo, le será inviable acceder con ellos en pisos o comunidades terapéuticas que no cuentan con una infraestructura diseñada para mujeres con hijos y en el caso, que ingrese sola para realizar el tratamiento, el tratamiento tendrá muchas más dificultades, que repercuten a la mujer obstaculizando su proceso. Finalmente el temor a perder la custodia de sus hijos y el mayor peso de culpa, prejuicios y estereotipos, les hacen aún más difícil pedir ayuda.

E: ¿En qué consiste la atención que proporcionáis a las usuarias? ¿De qué manera trabajáis la reducción de daños?

CC: Se interviene desde una atención integral y con perspectiva de género, a mujeres cis y mujeres trans, supervivientes de las violencias machistas, atendiendo a la multifactorialidad de la situación de cada una de ellas, potenciando habilidades y capacidades, siempre desde el respeto a la diversidad cultural, religiosa y política. Desarrollan un empoderamiento autónomo, haciéndose corresponsables en su propio proceso.

En relación a las hijes de las mujeres que vienen acompañadas, se interviene y se trabaja la resiliencia, la educación en valores y coeducación. Acompañamos en la identificación y expresión de emociones y la resolución no violenta de conflictos.

En relación al trabajo en reducción de daños, nosotras no trabajamos con reducción de daños, pero sí que existe un recurso específico, se trata de Metzineres: <http://www.metzineres.org/>

E: ¿Cuáles son las vías de acceso al recurso (judicial, sanitario, etc.)?

CC: Por un lado, el acceso es a través de una ficha de derivación que facilitamos al recurso derivador para que la rellenen y nos la hagan llegar. Derivadoras:

- SARA
- CAS
- SAS

Por otro lado, nos pueden llegar derivaciones de fuera de Barcelona, de servicios sociales, del InstitutCatalà de les dones, del Hospital Clínic...

Una vez nos llegan estas derivaciones, procedemos a realizar la entrevista a la mujer, para valorar su posible ingreso. Una vez la valoración realizada, se inscribe en la lista de espera y en el momento que quede una plaza libre, nos ponemos en contacto con el recurso derivador.

E: ¿Hay alguna condición de acceso al recurso?

CC: Mujer sola o con hijes, que sufra o haya sufrido violencia machista y con consumo abusivo de sustancias. Es fundamental que disponga de una motivación propia para iniciar el proceso en el recurso.

E: ¿Trabajáis en red con otros recursos / entidades de la ciudad?

CC: Si trabajamos y nos coordinamos con otros recursos y equipos profesionales. Por tema de confidencialidad, no te puedo decir que recursos en barrios específicos, pero nos coordinamos con SARA, CAS, CSMA, EAIA.

E: ¿Se trabaja bajo el marco de algún modelo o modelos de intervención?

CC: Intervención biopsicosocial y con perspectiva de género como he comentado anteriormente.

E: ¿La interseccionalidad está presente en vuestras intervenciones? ¿De qué manera?

CC: Por supuesto. En la primera pregunta te explico un poco.

E: ¿Qué correlación existe entre las violencias que reciben las mujeres y el consumo?

CC: No hablamos de relaciones causales entre drogodependencias/abuso de sustancias y violencia de género. Si partimos de que:

- La violencia de género es un problema estructural.
- La construcción de la drogodependencia en las mujeres y, por lo tanto, su tratamiento tiene especificidades de género.

E: ¿Qué porcentaje de mujeres tienen un consumo de abuso o problemático? ¿Es correcto llamarlo así?

CC: Nosotras atendemos a mujeres que tienen un abuso con sustancias, y es para lo que se creó el recurso. Si te refieres a nivel de España, puedes acceder a EDADES.

E: ¿Qué papel juega la sexualidad en vida de las mujeres que atendéis, antes y después de que pasen por el Espai Ariadna?

CC: Existen grupos específicos de mujeres que sufren diversas formas de discriminación, como son las mujeres con discapacidad, las migrantes y las

lesbianas, bisexuales y transgénero, quienes se encuentran más expuestas a situaciones de violencia, viviendo su sexualidad con dificultades. Por ejemplo, las lesbianas y transgénero enfrentan la violencia por su orientación sexual o identidad de género. Tanto el Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer como la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, han expresado su preocupación sobre cómo las lesbianas han sido violadas para “curarse” y cambiar su orientación sexual. Además, las mujeres y niñas con discapacidad, especialmente discapacidad intelectual, están particularmente expuestas a la esterilización forzada. Desde el recurso damos espacios para poder compartir y debatir y reflexionar sobre las sexualidades de las mujeres. Esto da pie a poder hablar sin tapujos y cómodas, ya que no se sienten juzgadas.

E: Suponiendo probable que las situaciones de violencia de género provoquen la vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR), ¿Cómo se protegen estos derechos dentro del Espai Ariadna? ¿Se trabajan como una dimensión transversal o tienen algún taller/espacio de dedicación exclusiva?

CC: Las mujeres que usan drogas no están incluidas en la Estrategia para la Salud Sexual y Reproductiva como colectivo con necesidades específicas. Os paso [link](#), para que podáis echar un vistazo, en ningún lado se habla de mujeres que usan drogas. Recientemente, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer ha reconocido las consecuencias adversas que tiene la violencia contra las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva y sus derechos sexuales y reproductivos. La Comisión ha recalcado que la protección y el ejercicio de los derechos reproductivos “son una condición necesaria para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y permitirles disfrutar plenamente de sus derechos humanos y libertades fundamentales y prevenir y mitigar la violencia contra las mujeres”. El recurso es un espacio de protección en todos los sentidos: violencia, consumo, derechos sexuales, derechos reproductivos...además se realiza en el grupo de prevención de recaída, unas sesiones, en relación a los derechos sexuales y reproductivos y además otro taller de Autoconocimiento.