

## ¿PREVENCIÓN O POLÍTICAS DEL MAL MENOR?

Enrique ILUNDAIN

*Grup Igia, Barcelona*

**Resumen:** La ubicación de las estrategias de reducción de riesgos y daños dentro de las políticas sanitarias y sociales, y de las políticas sobre drogas, sigue siendo hoy en día una cuestión circunstancial. Es interesante el caso del barrio barcelonés Can Tunis donde los factores sociales negativos que afectan a consumidores de drogas ilegales generan un contexto de riesgos, que inciden sobre su salud y situación social, más allá de sus capacidades individuales de prevención y gestión de riesgos. El reto actualmente, para los movimientos de reducción de riesgos y daños, consiste en generar una movilización social y política para superar las políticas de drogas vigentes.

**Laburpena:** Kasualitatearen eragina da, gaur egun, min eta arriskuak murrizteko estrategiak gizarte eta osasun programetan kokatzea. Can Tunis auzoko kasua interesgarria suertatzen da, bertan negatiboak diren gizarte faktoreak legez kontrako legeak diren kontsumitzaileengan eragina dute, prebentzioaren gainetik. Gaur egungo erronka, gaur egungo drogei buruzko politikak gaintitzea eta gero eta gizarte mobilizazioa zabalagoa izatea da.

**Résumé:** La situation des stratégies de réduction des risques et des dommages dans les politiques sanitaires et sociales, et les politiques sur les drogues, est encore de nos jours une question circonstancielle. Le cas du quartier barcelonais "Can Tunis" est intéressant; un quartier où les facteurs sociaux négatifs qui touchent les consommateurs de drogues illégales produisent un contexte de risques, qui ont une influence sur leur santé et sur leur situation sociale, au-delà de ses capacités individuelles de prévention et de gestion des risques. Le défi actuellement, pour les mouvements de réduction des risques et des dommages, consiste en produire une mobilisation sociale et politique pour dépasser les politiques de drogues en vigueur.

**Summary:** Nowadays the strategies of harm and risks reduction, within the sanitary and social policies, and drug policy, continue being a circumstantial question. The case of the Barcelonian district "Can Tunis" is interesting, where the negative social factors that affect illegal drug users generate a context of risks, that affect their health and social situation, beyond its individual capacities of prevention and management of risks. The challenge at the moment, for the harm and risks reduction movements, lies in generating a social and political mobilization to overcome the effective drug policies.

**Palabras clave:** Drogas, Prevención, Programas de reducción de daños y riesgos, Política criminal, Política sanitaria, Política social.

**Hitzik garrantzikoena:** Drogak, prebentzioa, min eta arriskuak murrizteko programak, Politika Kriminala, Osasun Politika, Gizarte Politika.

**Mots clef:** Drogues, Prévention, Programmes de réduction des dommages et des risques, Politique criminelle, Politique sanitaire, Politique sociale.

**Key words:** Drugs, Harm and risks reduction programs, Criminal Policy, Sanitary Policy, Social Policy.

*A Sergio Telletxea, in memoriam*

Desde el punto de vista de quienes trabajamos en programas de acercamiento –*outreach*– hay continuas alegaciones a los modelos imperantes de intervención en drogodependencias. Muchas de tales objeciones suelen quedar menoscabadas por la apreciación de que quienes estamos en primera línea no alcanzamos a apreciar la panorámica de las políticas y estrategias en su conjunto, en perspectiva histórica y en sus proyecciones de futuro. La visión del planificador en salud va más lejos: en su chistera hay siempre una solución *deus ex machina* a punto de surgir para pasmo de los profesionales sin perspectiva y el público general, a quienes siempre coge por sorpresa.

La ubicación de las estrategias de reducción de riesgos y daños dentro de las políticas sanitarias y sociales, y de las políticas sobre drogas, sigue siendo hoy en día una cuestión azarosa, circunstancial, situacionista. Depende en exceso de los vientos de la alarma social, de las políticas locales, de las mareas ideológicas y post-ideológicas, y de decisiones que se toman siempre demasiado lejos de los lugares de los hechos, sobre todo en los centros virtuales de los poderes internacionales. Junto a ello, y acorde con el general estado de confusión, los sanitarios somos demasiado proclives a problematizar todo lo relacionado con las drogas, centrándonos exclusivamente en la óptica del practicón: dedicándonos fundamentalmente a abordar problemas de enfermedad y a medicalizar cuantos problemas se nos presenten en nuestro ejercicio cotidiano. Los sanitarios, en síntesis, cumplimos con un rol consistente en sanitarizar al máximo todo lo relacionado con las drogas.

Trabajo como enfermero en un servicio sociosanitario de acercamiento a usuarios de drogas. Dicho esto, aclaro también que no me considero un “experto en drogas” como a veces se dice. El lugar donde trabajo, el barrio de Can Tunis en Barcelona, se caracteriza por problemas mucho más acuciantes que el de “las drogas”, con todo lo evidente que éste se demuestre: Can Tunis es, ante todo, una “tierra de nadie”, la espalda de Barcelona, un agujero negro que absorbe un gran flujo de exclusión social como es el de drogodependientes en situación de marginalidad extrema procedentes de diferentes áreas de Barcelona y Catalunya, del resto del Estado y de otras partes de la Europa comunitaria y no-comunitaria.

Can Tunis ofrece –como Las Tres Mil Viviendas en Sevilla, Barranquillas en Madrid, o tantísimos otros focos de marginalidad urbana repartidos por todo el Estado– la escenografía perfecta para estudiar en qué quedan las políticas de drogas en general y las estrategias de prevención en particular. Leyendo un informe del antropólogo Philippe Bourgois sobre las prácticas con riesgo de transmisión de enfermedades entre inyectores de drogas en San Francisco (California), descubrimos un paisaje de miseria y exclusión que coincide punto por punto con los que podemos encontrar en nuestros barrios más duros. Si tenemos dudas sobre nuestra pertenencia al Primer Mundo, al menos existe la certeza de que nuestros Cuartos Mundos se igualan a los de las grandes potencias.

En este punto empezamos a ver algo de lo que se nos escapa en el ejercicio sanitario cotidiano: más allá de la reificación de las prácticas de riesgo a que nos llevan los tradicionales enfoques de la epidemiología y el preventivismo, intuimos –más que ver-

las etiologías sociales y políticas que inciden directamente sobre las condiciones de salud de grupos de población que en los ejercicios de la reducción de daños vemos enormes, pero que las grandes perspectivas de la planificación sanitaria y de la epidemiología tienden a considerar relictuales. Un ejemplo de esto: se nos repite por activa y por pasiva que la “epidemia” del consumo de heroína va remitiendo a favor del auge en el consumo de cocaína y otras sustancias estimulantes. Entre líneas, entendemos que se nos dice que los antiguos yonquis de los ochenta están ya en fases avanzadas de cronificación en enfermedades y procesos de ‘adicción’, o que se van muriendo, y que prácticamente no hay nuevas incorporaciones al consumo de psicodépresores. Y sin embargo, en las intervenciones de terreno vemos llegar continuamente gente joven que se suma al número ingente de policonsumidores de sustancias tanto depresoras como estimulantes, de demandantes de tratamientos por drogas, y también de excluidos socialmente. Quizá en los programas de terreno nos falta perspectiva y hacemos montañas de granos de arena; o quizá hay una miopía en las miradas más panorámicas, que indagan en los lugares donde las personas a quienes nosotros atendemos ya no están. Si en otras épocas era fácil encontrar a personas con problemas en barrios marcados por la marginalidad y arrasados por el consumo problemático de drogas, actualmente hay que rastrearlas –con no pocas dificultades– en los que Marc Augé denomina “no-lugares”: las zonas de utilización pública transitoria como estaciones de trenes, metro y autobuses, los paseos; también transitoriamente, en los hospitales, las cárceles y los centros de acogida y de beneficencia; y en especial, en las “zonas de nadie” de la exclusión social. En cualquier ciudad, el mapa de las zonas donde circulan, se buscan la vida, comen y duermen quienes no tienen techo, y en concreto los usuarios de drogas marginalizados, suele registrar características notablemente parecidas: zonas de tránsito, patios traseros de la sociedad urbana.

Si quien consume drogas entre nosotros, en general, ha de mantener la prudencia del disimulo y la ocultación, para el consumidor de drogas en situación marginal es requisito principal de supervivencia hacerse invisible; y más aún cuando el consumo es inyectado. Conservo como una joya algo que me dijo hace unos meses Álvaro, a quien conocí en Can Tunis:

*La coca es una puñetera. Es la droga más señorita cuando te la pasas por la nariz, y la más perra cuando te la metes por la vena. La gente que esnifa la coca son siempre el alma de la fiesta, tienen pasta y se la gastan sin problemas, beben a saco sin problemas y son los más cachondos... Cuando te la has de meter por vena, eres un desgraciao: te arrastras por todas partes para poder pillar más, nunca tienes dinero para comer bien, ni tiempo para dormir como las personas, te desfasas y haces más burradas que nadie, te destrozas el cuerpo en cuatro días... Te conviertes en una escoria.*

Disiento de su última frase, pero aplaudo la claridad de su percepción acerca de cómo cambian las circunstancias sociales según una u otra vía de consumo de sustancias. Y ocurre que los sanitarios, cuando nos enfocamos tan obstinadamente en las prácticas y las situaciones de riesgo, fragmentamos toda una historia personal, y procesos y escenarios en los que participan parámetros mucho más complejos que los de la psicología individual (conocimientos, motivaciones, actitudes y aptitudes). La explicación culturalista (sobre ‘culturas de las drogas’), aunque contribuyente, no es suficiente para establecer explicaciones útiles en la solución de problemas, como tampoco lo es para determinar el grado justo de problematización.

Las prácticas con riesgo en el uso de drogas inyectadas no constituyen una fenomenología aislada: reciben determinantes ecológicos y de economía política que pocas veces se suelen contemplar en las planificaciones o en las evaluaciones. Su consideración llevaría aparejado convertir 'las políticas' en política, y cuando el paradigma hegemónico en la filosofía política aplicada a las drogas proviene de la noción de "lucha contra la droga" -*War on Drugs* en la expresión acuñada en su día por Richard Nixon, y vigente como doctrina establecida en los pactos y convenciones internacionales- se entiende por qué las estrategias verdaderamente preventivas entran en contradicción con el *corpus canonicus* de la 'gran' política sobre drogas, que a la postre hará que la reducción de riesgos y daños se vea abocada al reduccionismo, y en definitiva a la culpabilización de la víctima. El discurso de Álvaro nos ilustra sobre el final de este proceso, en el que la persona se descubre a sí misma como 'escoria', y en el que la cocaína asume, entroncando con los más elaborados discursos prohibicionistas, el papel demoníaco de destructora del orden social, de la integridad y la integración de la persona.

Siguiendo con la línea reduccionista generada por los principios rectores de las políticas en drogas, pero también por los de las políticas sanitarias en general, nos topamos con la insistencia en indagar acerca de los *estilos de vida*, una expresión lamentablemente popularizada en el mundo sanitario y que no hace sino contribuir a la culpabilización de los sujetos de la atención sanitaria y social. 'Estilo' es un término que alude principalmente al modo personal, idiosincrático y elegido de actuar, expresarse y presentarse ante los demás. Con la conceptualización problematizadora de los 'estilos' de vida desde el sanitarismo conseguimos, por una parte, devolver a la esfera individual o microgrupal las responsabilidades etiológicas sobre problemas sociales y de salud; y por otra, hacer elipsis sobre la consideración de *condiciones* de vida que, en buena medida, excederán los alcances de la responsabilidad individual o de los pequeños grupos, para resituarse en responsabilidades sociales y políticas. Prefiramos, por tanto, hablar de los 'modo de vida' -o *modus vivendi*, haciendo un aparte para los *modos de producción*- por un lado, y de las 'condiciones de vida' -considerando en perspectiva más amplia las estructuras y recursos sociales- para poder desmontar las implicaciones culpabilizadoras que conllevan los discursos y los productos científicos centrados en la consideración de los 'estilos de vida' de las personas que tienen problemas. Los problemas sociales y sanitarios contemplan dimensiones de adaptación y desadaptación que tienen tanto que ver con los escenarios simbólicos de la economía política relacionada con los mercados nacionales e internacionales de drogas y con su prohibición... como con los escenarios reales, los usos y los usuarios de drogas en contextos locales, directamente observables y abordables.

## **ECOLOGÍA SOCIAL EN LA EXCLUSIÓN, DE LAS PRÁCTICAS Y SITUACIONES DE RIESGO RELACIONADAS CON DROGAS. EL CASO DE CANTUNIS (BARCELONA)**

En un escenario abierto de consumo inyectado de drogas detectamos diversos parámetros que constituyen las fuerzas de la ecología social que inciden directamente en las condiciones y los modos de vida, y en las variaciones en los modos y vías de

consumo de drogas. Sería demasiado simplificador presentar las prácticas y situaciones de riesgo que cualquier equipo de terreno puede llegar a registrar y documentar: esta sola ilustración convertiría tales *momentos* de la vida de un inyector de drogas en meras 'postales' recogedoras de comportamientos aparentemente absurdos o irracionales.

Igualmente simplificador sería extraer generalizaciones para todos los usos de drogas de cuanto se analiza en el siguiente ejemplo, centrado en un contexto social, geográfico y de consumo de drogas muy concreto y especial. Lo que viene a continuación forma parte de una comunicación que presenté en el último Congreso de Asociaciones de Antropología del Estado Español (Barcelona, septiembre 2002). Intenta ser un *mapping* de los factores sociales negativos que afectan directamente a los inyectores de drogas ilegales en este barrio de Barcelona, generando un contexto de riesgos que inciden sobre la salud y la situación social de quienes frecuentan el barrio, más allá de sus capacidades individuales de prevención y autocuidado, de conocimiento y gestión de riesgos... y más allá de los efectos que las drogas que consumen puedan ejercer.

### **Exclusión asistencial**

La inmensa mayoría de dispositivos asistenciales ofertados de forma especializada a los drogodependientes están separados de las redes asistenciales públicas, estructurándose como una red paralela de asistencia a ciudadanos y ciudadanas 'no-normales'. Este es el primer escalafón para la exclusión asistencial del drogodependiente. Pero además, la tendencia generalizada a la privatización y la rentabilización de los servicios sanitarios a los ciudadanos convierte automáticamente en 'no-asistibles' (término acuñado por Domingo Comas) a muchos drogodependientes indocumentados y/o con pocas habilidades personales para el acceso a los recursos disponibles; esta situación es especialmente dura para los inmigrados con problemas de documentación. Sería éste el segundo nivel de exclusión asistencial, y todavía podemos constatar un tercero, consistente en el indisimulado rechazo que las personas en situación marginal producen en las plantillas de los servicios sociales y sanitarios. Preguntar a los drogodependientes más marginalizados por sus experiencias en centros de servicios sociales y sanitarios da como producto un inacabable catálogo de relatos de calamidades, malas praxis, violentos conflictos y tratamientos vergonzantes. Si bien se ha de comprender en parte la presión que padecen los profesionales en las penosas condiciones que produce el desmantelamiento de la asistencia pública, también es cierto que son las personas más vulnerables quienes acaban pagando, invariablemente, las consecuencias.

El carácter conflictivo de algunos/as usuarios de drogas se extrapola en una representación social negativa para todo un colectivo que no lo es, y engloba a personas muy diferentes; este problema de representación que afecta a toda la sociedad, y comprobamos que los mismos profesionales rechazan a estos sectores de población. Entre unas y otras formas de exclusión, descubrimos con tristeza, después de toda una historia de logros sociales, que hay gran número de gente que queda fuera de los circuitos asistenciales, públicos o concertados, y sólo tienen el recurso de acudir a ONG's y beneficencias, retrotrayendo la asistencia a un ideario decimonónico.

## **Presión policial**

### **Sobre el ‘trapicheo’ y el gran tráfico**

Las operaciones policiales contra el tráfico de sustancias inducen cambios inmediatos en la cantidad, calidad y disponibilidad de sustancias ilegales. La precarización en la oferta de sustancias induce mayor politoxicomanía, dentro de un esquema de consumo a la desesperada de lo que se pueda encontrar, aumentando con ello la aparición de interacciones nocivas entre las sustancias mezcladas y la ocurrencia de reacciones adversas (sobredosis) y otros accidentes de consumo. Con todo, se ha de señalar que es muy infrecuente que se emprendan operaciones de envergadura contra los *camellos* del barrio, y que en pocas ocasiones llegan a producir decomisos importantes.

### **Sobre los propios usuarios de drogas**

Tiende a ser más constante, y genera una ‘invisibilización’ de los usuarios de drogas, resultando en la indetección de muchos episodios patológicos y accidentes. Los usuarios y usuarias de drogas del lugar padecen una presión desproporcionada, sobre todo si se la compara con la que se ejerce sobre los *camellos*, y en numerosas ocasiones hemos recibido quejas por abusos policiales, de los que nosotros mismos hemos sido testigos algunas veces.

## **Carencia de apoyo familiar y redes sociales de soporte**

Los usuarios de drogas sin techo son personas que, generalmente, tienen ‘quemadas’ sus redes de apoyo familiar y apenas mantienen redes de amistad en las que apoyarse. ‘La droga es egoísta’, como ellos mismos suelen decir, y los círculos de relación que funcionan en las áreas de trapicheo y consumo de drogas generan dinámicas económicas y de poder en las que las personas que quedan más al margen suelen ser las más expuestas a morbilidad y mortalidad por drogas y problemas relacionados.

## **Uso y relación con las sustancias**

En situaciones de marginalidad extrema y carencia de todo lo más básico, como ocurre entre los sin techo afincados en Can Tunis, la opción definitiva para el consumo de sustancias es el uso intravenoso, para optimizar la relación entre los mínimos recursos económicos y el máximo efecto psicoactivo obtenible. La autoadministración por vía intravenosa de las sustancias asegura la consecución de mayor y más rápido efecto, siendo ambos aspectos muy importantes: en primer lugar, asegura el efecto *flash* o ‘subidón’ –posiblemente el efecto más apreciado y buscado en las drogas– de la vía más rápida farmacológicamente, y también un mayor aprovechamiento en términos de porcentaje de metabolización de la sustancia. Por otra parte, las sustancias y sus combinaciones se utilizan para alterar estados de ánimo y conciencia, al mismo tiempo que se eligen en función de cuáles sean esos estados en el momento: la elección de sustancias depende del estatus propioceptivo y psicológico, y especialmente de atender a los diferentes tipos de sensaciones de dolor. Se busca la intoxicación sobre todo para poder suprimir la presencia de dolores físicos, miedos

e inseguridades, y en primer lugar los que se derivan de la propia carencia de la sustancia. En tales circunstancias, el riesgo deja de existir.

## Enfermedades y accidentes

Los problemas ‘visibles’ son objeto principal de la preocupación por la salud entre quienes consumen drogas en las condiciones más precarias. Los equipos que trabajamos en terreno nos dedicamos principalmente a curar **lesiones** producidas por accidentes de autoinyección o por agresiones: en cuanto que generan sufrimiento físico o dificultades inmediatas, requieren solución pronta. En cambio, la adquisición de **enfermedades crónicas** reviste un *tempus* lento y expectativas de solución a largo plazo, por lo que su atención siempre se hace esperar: primero, lo urgente es *meterse*. Además, asumir el rol de enfermo, y de enfermo a largo plazo, implicaría disfuncionalidad en el entorno social del usuario de drogas sin techo, le desprestigiaría y le incapacitaría para buscarse la vida. Si vas a seguir metido en drogas, conviene que tus enfermedades se curen pronto, y aunque no sea así has de forzar tu regreso al rol de ‘normal/no-enfermo’. El otro gran eje de nuestra intervención en terreno lo constituyen las reacciones adversas a sustancias, lo que solemos llamar ‘**sobredosis**’, no siempre correctamente. Por ‘sobredosis’ entendemos, según nuestra experiencia de terreno, infinidad de reacciones diferentes, incluso idiosincrásicas, a sustancias diferentes, solas o mezcladas, en efectos directos o ‘de rebote’ de las mismas. A esta constatación, que se confirma por medio de dificultosas búsquedas bibliográficas, se añade el hecho de que los equipos de acercamiento en terreno normalmente disponemos de materiales de reanimación reducidos a su mínima expresión; y también ocurre a menudo que quien está disponible para emprender la intervención no sea un sanitario. Ante la diversidad de contingencias posibles, y derivado de nuestras necesidades de trabajo como equipo de terreno, actualmente estamos estableciendo pautas de actuación que se acomoden a todas las situaciones que pueden requerir estos tipos de intervención de emergencia: en particular, el entrenamiento a usuarios de drogas de la zona en habilidades de reanimación básica, de movilización de recursos asistenciales, y de uso de naloxona, que dispensamos de forma controlada.

## Carencia de infraestructuras, suministros y servicios públicos

La desconexión y discontinuidad del barrio –proyectado originalmente como “poblado experimental” para el realojo de familias gitanas– con el resto de la ciudad hace que no haya lugares disponibles para la higiene personal o unas mínimas condiciones de vida digna. La insalubridad habitual de la zona la convierten en hábitat ideal para las ratas, de las que hay muchas y de grandes tamaños; suelen andar perros, incluso de pelea (en los alrededores se organizan peleas clandestinas tanto de perros como de gallos), sueltos por los descampados; y la propagación de parásitos como piojos, pulgas y escabies se ve muy facilitada por las condiciones de vida, y especialmente en verano. Los servicios de limpieza municipales apenas se suelen ocupar de otra cosa que no sea retirar contenedores de basura, y las basuras abandonadas apenas se retiran más de una vez por año, con excavadoras, habiendo depósitos de aguas negras a la intemperie.

Junto a esto, cuenta el hecho de que no existen en la ciudad suficientes recursos para acogida, alimentación o higiene disponibles para personas sin techo, y los que hay rechazan claramente a los que son usuarios de drogas. Ante tales carencias, quedarse a vivir en los puentes y páramos de este barrio se convierte en la única alternativa posible para algunas personas, que encuentran aquí un lugar donde más o menos se les 'tolera', siempre a costa de mantenerse socialmente invisibles.

## **Estacionalidad**

En invierno es más difícil buscarse la vida: hay menos turistas y la gente sale menos, siendo más duro mendigar (salvo quizá en Navidad); al ir la gente más vestida, es más difícil robar carteras y dar tirones; la necesidad de dormir a cubierto se ve contrariada por las estrategias para echar a indigentes de cajeros, portales, etc. Es una época en que el usuario de drogas tiende también más a deprimirse, y eso le hace proclive a asumir algunos riesgos si está muy en precario; por otra parte, las dificultades impulsan a cumplir mejor con programas de tratamiento sustitutivo, puesto que ayudan a eludir las dificultades para buscarse la vida. En verano, en cambio, hay más posibilidades de buscarse la vida y de vivir, dormir, etc., en la calle. Para quienes estaban en tratamiento, es una época propicia para 'desmadrarse', darse 'fiestas'... Aparece más gente con medios propios en las áreas de trapicheo, que pueden invitar a otros/as, llegan turistas y algunos son también usuarios de drogas. En estas épocas, es más fácil incurrir en prácticas de riesgo derivadas de un consumo más alto y, consiguientemente, una mayor alteración de la consciencia y la percepción.

## **Carencia de recursos y habilidades personales, y presencia de trastornos mentales**

El modo de vida marginal de muchos usuarios/as de drogas, unido a las antes mencionadas carencias sociales, 'primitivizan' de algún modo sus pautas de comportamiento y sus esquemas de pensamiento. Podría hablarse de una regresión más o menos consciente a un estilo de vida 'asilvestrado' en el que se acaba imponiendo la ley del más fuerte, y donde quien no lo es ha de estructurar estrategias de camuflaje o servilismo ante los más fuertes y prestigiosos para poder sobrevivir. En tales circunstancias, los más desvalidos están expuestos a una mayor labilidad emocional, y su equilibrio psicológico se halla siempre en la cuerda floja, pudiendo romperse de un día para otro por contingencias tan corrientes allí como el no poder buscarse bien la vida y tener que soportar unos días con el 'mono'; una fractura psicológica de este tipo conlleva casi siempre un deterioro físico paralelo y muy patente. En un entorno como el de Can Tunis es posible detectar una muy alta presencia de trastornos mentales graves y de alteraciones de la conducta. Aunque parece fácil fijar *a priori* la etiología de estos problemas en el consumo de drogas (y más si se piensa en policonsumo), sobre el terreno y conociendo los casos, es difícil discernir qué fue primero.



## Autoimagen e identidad de grupo

Para las personas que se han cronificado en su consumo de drogas y han llegado a una situación extrema de marginalidad, va quedando como poso del estigma una autopercepción como ‘viciosos’, como gente sin remedio e incluso sometida a algún tipo de ‘debilidad mental’. No obstante, en situaciones de conflicto, de comparación con otras personas, de autoafirmación o de necesidad de establecer límites ante quienes cuestionan el propio prestigio o la calidad de ‘veterano’ del lugar, de ser alguien que ‘controla’, se llegan a esgrimir argumentos recurrentes como los de que “para ser yonqui hay que valer”, hacer gala de los años y la variedad de consumo de sustancias que se han experimentado, la habilidad que uno/a tenía como atracador, etc. Se trata de algo así como una afirmación de identidad en modo reactivo, cuando se ve amenazada o cuestionada la propia personalidad social. Eso sí, entre estas señas de identidad, no se considera aceptable el ejercicio de la prostitución o la mendicidad como rasgos sobre los que estructurar un prestigio.

## Identidad étnica / nacional

Por tratarse de una barriada construida originalmente para el realojo de familias gitanas, la primera gran división es la que distingue a gitanos y *payos*. Los gitanos reafirman su identidad de grupo con esta distinción, y con el desprecio añadido hacia los usuarios de drogas, mediando conceptos de contaminación que tienen mucho que ver con la sangre y las enfermedades transmisibles por esa vía.

Otro grupo especialmente definido aquí es el de los árabes magrebíes: se les aplica el término genérico *moros* como un uso neutro, o bien el uso despectivo *jais* cuando se refiere a personas mal consideradas. *Jai* se suele usar para aludir a los árabes de peor fama: los reconocidos por actividades tan desprestigiadas como *sirlar* (robar con amenaza o agresión por arma blanca) o robar *picos*, comida o ropas a otros sin techo de la zona. A estas personas se las percibe con una mezcla de prevención, desprecio y odio. Con su creciente incorporación en los últimos años a la población de usuarios de drogas sin techo, y a la competencia por los escasos recursos asistenciales para estos sectores de población, la comprensión que los nacionales mostraban hacia ellos por su difícil situación tiempo atrás se ha ido tornando en los dos últimos años en manifestaciones abiertas de racismo e intolerancia.

En los dos últimos años se ha ido haciendo evidente la llegada de jóvenes de la Europa del Este y países ex-socialistas; especialmente los de las antiguas repúblicas soviéticas entre los 18 y 25 años. Estos últimos han ido llegando por medio de ‘programas de desintoxicación’ fraudulentos de ONG’s rusas como Hope.

Hay que señalar que para los nacionales ‘sin papeles’ (por pérdida, robo, desuso), esta condición acaba *extranjerizándoles* en un plano similar al de los extranjeros ‘ilegales’. En una nueva vuelta de tuerca, esta forma de asimilación que impone la exclusión social tiende a reforzar una cohesión de grupo que las diferencias étnicas y nacionales romperían en otras circunstancias.

## Adscripción religiosa

En el modo de vida que imponen el uso de drogas y la situación de exclusión social, el tono general es de a-religiosidad. Este hecho es más característico entre los usuarios de drogas 'blancos' occidentales, procedentes de sociedades no confesionales. No obstante, queda siempre un remanente de culpabilización por su modo de vida que tiene un sustrato claramente religioso, especialmente cuando se manejan conceptos como el de 'vicio'.

Entre los musulmanes, la culpabilización tiene especiales definiciones en torno a la exclusión de la comunidad de los creyentes. Más aún, sus discursos en torno a la posibilidad de rehabilitación giran en torno a ideas de 'vuelta a Dios' y abandono del 'diablo' que toma la forma material de la droga y la forma inmaterial de los efectos que ésta induce en sus pensamientos, estados de ánimo y conductas. La rehabilitación adquiere así la forma de *yihad*, guerra santa o combate místico de la persona contra los males que le acechan. Y es una guerra que se ha de librar solo y sin ayuda: no conocemos organizaciones islámicas o árabes que se dediquen a mediar en rehabilitación de drogodependientes.

Para el gitano, la drogodependencia está teñida por la separación de la vida social normal entre los suyos, y especialmente de su familia, adscripción que es un eje central en su vida. Pero además toman parte en ella la ruptura de un tabú de contaminación por sangre, con la posibilidad de traer males de los payos entre los suyos, y algunas nociones de vicio y pecado del cristianismo, hondamente arraigadas. Es notorio que las iglesias evangélicas dedican muchos esfuerzos a la rehabilitación de drogodependientes, y es una razón que puede explicar su creciente éxito y prestigio entre las comunidades gitanas.

## Desigualdades de género

La presencia de mujeres viene a constituir, cuando más, la quinta parte del total de usuarios de drogas que acuden a esta zona. La condición femenina, en un entorno tan duro como éste, y dominado principalmente por varones, constituye en sí misma un factor importante de labilidad social entre las usuarias de drogas. Las mujeres, en general, están aquí más expuestas a sufrir diversos tipos de abusos aparte de los genéricos a los que están sometidos los usuarios de drogas más marginales. Hemos tenido noticia de violaciones, individuales o colectivas, que en pocas ocasiones se han llegado a denunciar, siendo esto reflejo de su indefensión y exclusión. En un plano de mayor cotidianidad, en cambio, la situación de las mujeres se refleja en que se han de someter a condiciones más leoninas en el reparto de las compras de droga; más aún si un varón ha de buscarle la vena porque ella no es hábil pinchándose. Tampoco tienen apenas presencia en liderato entre las redes de consumidores de droga, quedando siempre en posiciones más subsidiarias. Salvo contados casos, la seguridad de una mujer en esta zona pasa por establecer un vínculo que se fundamenta entre cuestiones afectivas y de pura supervivencia. De forma aún más paradigmática que lo que podemos detectar en la sociedad amplia, aquí una pareja es ante todo un *equipo para la mutua supervivencia*. El hecho de que se mantenga un rol de liderazgo en la pareja asignado al varón no es sino la normal reproducción de

un patrón macrocultural, porque en realidad la dependencia es estrictamente mutua. Cuando esa funcionalidad y el contrato afectivo entre las personas no se cumple, la ruptura es inmediata y normalmente violenta... y estas situaciones se repiten con bastante frecuencia. Las mujeres que han pasado por demasiadas situaciones de este tipo a veces practican lo que algunos compañeros/as del equipo entendemos como una suerte de 'lesbianismo funcional' consistente en un vínculo de pareja en similares condiciones pero más estructurado sobre la amistad, y que desde luego se ha de mantener discreto: ser tachada de 'bollera' puede traducirse en problemas asegurados para una mujer en un entorno abiertamente homofóbico como éste.

## Sexualidad

Si la homofobia funciona claramente para las mujeres, es aún más dura para con los varones. Jamás un varón ha declarado su homosexualidad en este entorno, ante nosotros o ante el resto de usuarios de drogas del lugar, aunque en algunas ocasiones hayamos conocido esta condición de ciertas personas a través de intervenciones en otras zonas de la ciudad. Por otra parte, en lo referente a las relaciones heterosexuales, y por añadidura a la mencionada reproducción de patrones culturales dentro de la pareja, se ha de destacar la fragilidad de los vínculos afectivos, lo que conlleva algo que, para el ojo del extraño, puede parecer promiscuidad. Los casos de hipersexualidad no determinados por las estrategias para buscarse la vida y salir adelante, ni por la autoimagen negativa, son ciertamente escasos como en el resto de la sociedad.

## Violencia

El sufrimiento cotidiano hace que el uso de drogas sea el único recurso obtenible de manera fácil e inmediata para aliviar dolores que van más allá de lo físico. Condenados al ostracismo, y a vivir en entornos donde ni siquiera la mínima integridad física de la persona es respetada. En áreas como Can Tunis las palizas, heridas de arma blanca, ataques de perros, violaciones, etc., son frecuentes y no llegan a las crónicas de sucesos de los medios de comunicación. El sufrimiento psíquico, en cambio, forma un estado de ánimo constante entre los usuarios de drogas que viven en aquellos descampados, aunque quede enmascarado por las alteraciones psicoactivas que inducen las drogas. En todo caso, las situaciones de violencia interpersonal, e incluso intergrupales que podemos constatar no son entidades aisladas, sino que quedan englobadas dentro de un marco general de **violencia estructural** implícita dentro de los procesos y dinámicas de exclusión social, que tiñen y mediatizan todos los factores de riesgo aquí expuestos.

\* \* \*

Las dinámicas y escenarios de la exclusión social son, por tanto, claramente determinantes de problemas de salud asociados a los usos de drogas que contemplamos para un escenario tan degradado como Can Tunis. La falta de participación social, económica y política de los usuarios de drogas más precarizados deriva en su

‘desaparición’ social: tienden a concentrarse en ‘terrenos de nadie’ donde apenas llegan las normas que hace servir el resto de la sociedad, zonas ‘de tolerancia’ en las que pueden sobrevivir en precario, siempre a cambio de que se mantengan invisibles para el resto de la sociedad. El que sus vidas se hayan de mantener al margen hace que en la práctica tengan vedado el acceso a la salud e incluso a los derechos ciudadanos más fundamentales. Además, siempre se constata que los espacios donde se permite la presencia de las personas sin techo resultan ser los más insalubres de las ciudades.

Muchas veces nos preguntamos qué hace que tantos usuarios y usuarias de drogas persistan en esta ‘atracción fatal’ hacia Can Tunis. Hay usuarios de nuestro servicio que, agudamente, perciben en sí mismos o en otros inyectores de la zona tres tipos de ‘enganche’ concurrentes: el ‘enganche’ a las sustancias, el ‘enganche de aguja’, y el ‘enganche a Can Tunis’. La droga, el modo de uso de la misma, y el contexto están firmemente establecidos en un *modus vivendi* de personas a quienes les quedan muy pocas alternativas para salir de este complejo vital. Las condiciones de vida en este ‘nicho ecológico’ al que han sido relegados en un proceso de exclusión social presentan todas las adversidades que pueden acabar con ellos si el círculo no se llega a romper nunca con ayudas externas integradas, estudiadas y bien orientadas.

El consumo de drogas entre quienes están excluidos socialmente implica la consideración de un uso de sustancias como sucedáneo de una vida normalmente satisfactoria, ciertamente muy alejado del uso festivo y de disfrute de los efectos psicoactivos que pudiera darse en caso de ser otras las circunstancias personales. La persona que tiene empeñado todo su tiempo y toda su actividad en las tareas de *buscarse la vida y meterse*, ha de atender durante prácticamente todas las horas a la psicomodulación o manejo de sus estados de ánimo, a la contención del dolor y la frustración, a la evasión cuando las cartas vienen mal dadas. En su caso, la *adicción* tiene mucho que ver con la aflicción.

En Can Tunis, además de los evidentes y continuos peligros, desaparecen las presiones del control social omnipresentes en el resto de la ciudad, y esto constituye, junto al efecto de las drogas consumidas, una oportunidad sin igual para el ‘escapismo’, para la liberación frente a las presiones y las frustraciones sociales. El carácter ‘salvaje’ y descontrolado de este barrio, por otra parte, sin duda no es casual. Resulta muy conveniente que quienes son peor admitidos en el grueso de la sociedad tengan a mano un lugar invisible donde concentrarse; se trata de un paradigma perfecto de cómo en la periferia de las ciudades se establecen dinámicas de límites sociales, fomentando ‘áreas de no-control’ perfectamente identificadas en función de las cuales se puedan consolidar el resto de barrios de la ciudad como ‘áreas controladas’.

A poco que se analice, Can Tunis es un campo de concentración ‘lumpen’, claro que de forma oficiosa, no oficial. Si lo fuera oficialmente, el sistema social debería ocuparse de las necesidades más básicas de quienes viven en él, algo que hoy por hoy no se da. Lamentablemente, hay que decir que tales necesidades, para muchos y muchas habituales de Can Tunis, actualmente sólo se satisfacen en alguna medida cuando están en cárceles u hospitales; y conseguir ingresar en un hospital es, a veces, cuestión de pura suerte. Signo claro de que los drogodependientes constitu-

yen la primera línea del desmontaje conceptual y estructural de lo que se dio en llamar *Estado de Bienestar*. Es este déficit de nuestro sistema social lo que constituye el principal mecanismo de exclusión, la carencia fundamental que hace funcionar el círculo vicioso establecido entre marginalidad y adicción.

## LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS COMO ‘POLÍTICA’

En una presentación especialmente interesante, el suizo Robert Haemmig explicaba hace dos años cómo las políticas de Reducción de Daños, al ‘oficializarse’, se acaban constituyendo en modalidades de control sanitario de la población, y en enfoques ‘de mal menor’. No pretendo aquí reclamar más recursos para las intervenciones preventivas ejecutadas desde organizaciones no gubernamentales, asociaciones benéficas o iniciativas ciudadanas caritativas. Cuando tales intervenciones se desarrollan en el marco de una hegemonía del prohibicionismo, son tanto estrategias marginales y de parcheo como en sí mismas marginalizantes.

Reclamar dignidad, honestidad, inteligencia e integración de las políticas sobre drogas implica ante todo exigir la devolución íntegra de los derechos ciudadanos fundamentales a quienes consumen drogas, para todo momento de sus vidas, tanto cuando están consumiendo como cuando no lo hacen.

La *dignidad* se podrá recuperar cuando la asistencia al usuario de drogas no lo separe de la asistencia social y sanitaria pública y normalizada, cuando la consideración problemática del usuario no determine los dispositivos que se le ofrecen, situando a éstos en la periferia de las estructuras y por tanto reproduciendo la esquizofrenia y las dinámicas de la exclusión social. A través de un modelo de asistencia que no reproduzca la estigmatización a quienes padecen problemas con las drogas, y de modelos de prevención que no culpabilicen a quien las consume o infantilice a quien podría llegar a consumirlas, podremos esperar mayor inclusión social y mejor acceso a la salud de toda la gama posible de consumidores de drogas.

Asentaremos la *honestidad* de la asistencia al drogodependiente cuando se reconozca la imposibilidad de acabar con ‘las drogas’, además de las limitaciones de la ‘gran’ ciencia para investigar, diagnosticar y tratar problemas que exceden los campos estrictos de la biología y la medicina, y cuando se disuelvan definitivamente las ilusiones salvacionistas. Se han de reconocer los usos y experiencias positivos de ‘las drogas’, aceptando la polisemia –ocio, experimentación, terapia, introspección, etc.– en estos fármacos que han sido marcados por procesos sociohistóricos de demonización, a menudo rayana en el absurdo. Reconocer, también, que la ‘guerra a las drogas’ acaba siendo una guerra contra las personas que las consumen, crea muchos más problemas que los que resuelve, y con demasiada frecuencia se enseña con los sectores sociales más desfavorecidos.

La *inteligencia* en las políticas e intervenciones vendrá de la mano de aplicar estrategias de investigación e intervención más centradas en los espacios y las dinámicas, reales y simbólicos, que contextualizan los usos de drogas y los casos en que éstos se convierten en problemas. Aquí conviene resaltar la utilidad de integrar las metodologías cualitativas y participativas. Una necesidad de primer orden en reducción de riesgos y daños es la de proporcionar *base social* a las interven-

ciones, socializar y politizar los discursos y las prácticas. Expresarla en términos de “sociedad” implica apartarse *ex profeso* de los discursos vacíos sobre intervenciones “comunitarias”, desconociendo lo que esto significa, y obviando el hecho de que, en las sociedades industriales y urbanas, la “comunidad” está pendiente de construir y de que este proceso es fundamentalmente político. Los discursos esteotipados del sanitarismo tienden a asimilar –directamente, de forma problematizadora y sin mayor examen– la noción de “comunidad” con ideas puramente operativas, y metodológicamente menos fastidiosas, como “población diana”, “colectivo de afectados”, etc., borrando de un plumazo los contextos locales y macrosociales. Un error de concepto y enfoque que debería irse corrigiendo con la incorporación de metodologías cualitativas y participativas.

Por *integración* entenderemos tanto la multidisciplinariedad en el abordaje de los usos de drogas, las drogodependencias y los problemas asociados, como la multisectorialidad. Si las estrategias e intervenciones se fragmentan entre los diversos campos de competencia profesional, o entre las ópticas de los responsables políticos de la Justicia o las fuerzas policiales, la Sanidad, los Asuntos Sociales, etc., se estará perdiendo el norte y los individuos, familias, colectivos, serán simplemente receptores de dosis aisladas de control social, sin conexión ni congruencia entre sí.

Creo que es atinado presentar el momento actual como apropiado para introducir un fuerte giro en las nociones y las acciones en Reducción de Riesgos y Daños. Quizá podamos apreciar que nos hallamos en un momento histórico propicio para la definitiva convergencia con los movimientos activistas contra las políticas prohibicionistas en materia de drogas. Ambos movimientos, que comparten en definitiva el rasgo del activismo, han marchado hasta ahora en paralelo en sus actividades e intereses, y llegados a una situación económica y política en que rigen los principios, repetidos hasta la saciedad, de la ‘tolerancia cero’ y del ‘déficit cero’. Ambos conceptos se traducen en la práctica en ‘intolerancia’, y en el desmoronamiento de estructuras de un Estado del Bienestar construido por toda la ciudadanía, aun antes de haber llegado a contemplar su completo desarrollo. Estas pérdidas en el desarrollo de las sociedades avanzadas se están produciendo de manera insensible, y son las que en definitiva inducen los procesos de desmoronamiento social que acabarán por afectarnos masivamente a todas y todos. El reto para los movimientos de reducción de riesgos y daños y antiprohibicionistas consiste, por tanto, en generar movilización social y política para acabar con las políticas de drogas actualmente vigentes... en *socializar* la reducción de riesgos y daños, en definitiva, pero procurando llegar más lejos de lo que planteamos quienes trabajamos en el campo de ‘las drogas’.

## REFERENCIAS DE INTERÉS

- AGAR, Michael (1973): *Ripping and Running. A Formal Ethnography of Urban Heroin Addicts*. New York NY: Seminar Press.
- BOURGOIS, Philippe (1995): *In Search of Respect. Selling Crack in El Barrio*. Cambridge UK: Cambridge University Press.
- BOURGOIS, Philippe (1999): “Participant Observation Study of Indirect Paraphernalia Sharing / HIV Risk in a Network of Heroin Injectors”. Washington DC: National Institute on Drug Abuse. [Disponible en: <http://165.112.78.61/CEWG/ethno.html>]

GRUP IGIA y cols. (2000): Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias. Madrid: PADB Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona - FAD Fundació de Ayuda contra la Drogadicció.

*ENCOD European NGOs' Coalition for Just and Effective Drugs Policies*. Manifiesto europeo por una política de drogas justa y eficaz. Antwerp: ENCOD, junio 2001. [disponible en: <http://www.encod.org>]

PALLARÉS, Joan (1995): La dolça punxada de l'escorpí. Antropologia dels ionquis i de l'heroïna a Catalunya. Lleida: Pagès Editors.

ROMANÍ, Oriol (1999): Las drogas. Sueños y razones. Barcelona: Ariel.

