

Antropología Médica y Epidemiología: hacia una mayor comprensión y normalización del fenómeno social de consumo de drogas.

Alumno: Lloret Suárez, Antoni¹ MAMSI 2010 URV. Tutor: Dr. O. Romaní Alfonso

Resumen

Este artículo propone un análisis teórico sobre la aplicación de técnicas cualitativas por parte de la Antropología Médica en el estudio sobre problemas de salud y particularmente en el ámbito del consumo de drogas o sustancias psicoactivas (SPA). Al mismo tiempo propone necesariamente un espacio de trabajo común, entre la Antropología Médica y otras Ciencias de la Salud (concretamente la Medicina y la Epidemiología,). La articulación de los enfoques (micro y macro sociales), característicos del análisis socio antropológico aplicada al estudios de los fenómenos de uso de cocaína y otras drogas, puede aportar datos estratégicos al discurso y a los fundamentos de intervención sobre drogas y salud en general, así como ampliar el conocimiento teórico al respecto des de la Antropología Médica y desde las técnicas cualitativas de investigación social, proponiendo y reivindicando un espacio de complementariedad y no subalternidad respecto a la epidemiología o otras ciencias de la salud.

This article proposes a theoretical analysis of the application of qualitative techniques by the Medical Anthropology in the study on health problems, particularly in the field of drugs or psychoactive substances. At the same time necessarily suggest a common workspace, between Medical Anthropology and other Health Sciences (specifically, Medicine and Epidemiology). The articulation of approaches (micro and macro social) characteristic of social anthropological análisis applied to studies of the phenomena of cocaine and other drugs, can provide strtegic information to the speech and fundamentals of drugs intervention and health in general and extend the theoretical knowledge about the Medical Anthropology des and from qualitative social research techniques, proposing and claiming an area of complementarity and subordination regarding the epidemiology or other health sciences.

Palabras clave: Medical Anthropology, Epidemiology, cocaine consumption, drug users movement, community involvement.

¹Breve nota sobre el autor: (Reus 1978), Antropólogo Social y estudiante del Master de Antropología Médica, Antropólogo del Servicio de Drogodependencias Hospital Universitario Sant Joan de Reus, investigador en la modalidad (investigación-acción-participativa) sobre consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y colaborador de Grup Igia. Participo en diferentes movimientos y redes de activismo social en relación a la defensa de los derechos de los consumidores de SPA, entre los cuales me identifico: ARSU, ASUT, Plataforma Drogológica, ENCOD (Coalición Europea para Políticas de Drogas más Justas y Eficaces), INPUD (Red Internacional de Personas que Usan Drogas). Creo que es importante aclarar mi posición ideológica para delimitar el alcance epistemológico de éste artículo.

Introducción.

Drogas. ¿Qué ha estado pasando en el mundo?

Debemos admitir que el Informe que elabora anualmente la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODD), el Informe anual del Observatorio Europeo sobre la Droga y las Toxicomanías (OEDT), así como los informes elaborados por instituciones locales como el (Observatorio español -Plan Nacional sobre Drogas), son algunos de los documentos de referencia para profesionales, investigadores del ámbito socio sanitario, usuarios de drogas, población general, medios de comunicación, etc. en relación a la obtención de alguna información determinante para aproximarse a cuál es el *status quo* de la cuestión drogas en general, o para encontrar una versión “científico-oficial” sobre esta realidad.

Ahora bien, tal y como intentaré sostener en este artículo debemos leer los resultados de estos grandes diseños estadísticos con mucha atención y a sabiendas que las informaciones en ellos plasmadas responden a: 1) una determinada construcción sociocultural respecto al fenómeno del uso de drogas de carácter dominante respecto a otras concepciones existentes también válidas y legítimas 2) que sus datos son fruto de de grandes diseños estadístico–cuantitativos, revelando únicamente una de las capas superficiales de la realidad y que corresponden a una “foto fija” de la misma. 3) A consecuencia de 1) y 2) Los resultados de los Informes Internacionales responden mediante datos “crudos” a las expectativas e intereses de determinados sectores políticos lo cual tiende a reforzar el discurso social que concibe al usuario de drogas generalmente como un enfermo (a nivel físico o mental) o un desviado, restituyendo al mismo tiempo los mecanismos de control social; formal/informal, implícitos en el fenómeno de uso de sustancias, como por ejemplo su asociación a la delincuencia. Aún así los documentos citados son dos herramientas de gran valor analítico, tanto desde el punto de vista etnográfico y de la Antropología Médica como para el análisis epidemiológico. Mi intención no es poner en duda la validez o utilidad de estos Informes sino intentar justificar porqué es necesario que los mismos sean complementados o leídos en el marco de una contextualización adecuada.

En primer lugar, punto 1) hablamos de una determinada construcción sociocultural dominante respecto al fenómeno de consumo de drogas que responde a tres acontecimientos más o menos coetáneos: 1. EL surgimiento de las Políticas prohibicionistas que los EEUU desarrollaron desde finales del XIX y principios del XX y que exportaron a Europa y al resto del mundo. 2. El desarrollo de las Políticas económicas capitalistas. 3. Nacimiento de la biomedicina.

Los diferentes procesos de ilegalización de sustancias no se globalizan y consolidan hasta 1965 en la Convención de Viena de las Naciones Unidas, durante la cual se revisaron y establecieron arbitrariamente y definitivamente los fundamentos para la prohibición de determinadas plantas y principios activos, en defensa de la humanidad, así como comprometiéndose los Estados Miembros a su persecución. Aparentemente, en este caso, se hubiera podido ilegalizar con los mismos argumentos, el tabaco, el alcohol o el azúcar, por su poder adictivo y efecto dañino sobre la salud.

Las consecuencias sociales (tanto las positivas como las negativas) derivadas de los nuevos modelos de vida de las sucesivas Revoluciones Industriales en Europa y en América del Norte², así como el consiguiente y fulgurante estallido de la industria farmacéutica, potenciaron el uso regulado y/o el abuso de sustancias como la heroína, la cocaína, el cannabis y sus derivados, dispensados hasta la época por farmacias y boticas europeas de manera legal y popular³. Volveré a remarcar pues que no fueron tanto razones de salud, sino políticas de control social, las que han influido desde el SXIX hasta la actualidad en la estrategia política y en el discurso dominante relacionado con la “cuestión del consumo de sustancias psicoactivas”, tanto en el ámbito legislativo como en el médico. Podemos identificar en este punto el nacimiento de un proceso social determinante, la medicalización masiva en respuesta a los padecimientos de salud. La biomedicina poco a poco se apoderará de la potestad de intervenir en dichos problemas.

“El proceso de medicalización se refiere a un fenómeno que incluye diversos procesos históricos de largo alcance, y a través del cual podemos detectar que ámbitos cada vez más amplios de la vida personal y social de la gente van siendo objeto de preocupación, estudio, orientación y en definitiva, control, por parte de la corporación médica. (...) Ciertamente, a medida que avanza el proceso de medicalización hacia nuestros días podemos observar cómo el lugar del medicamento se va convirtiendo en más central, a diferencia del lugar que ocupaban los remedios populares en nuestras sociedades tradicionales y en otras sociedades, donde coexistían con otros elementos empíricos y rituales de igual o más importancia que ellos. Por otro lado, también el control, del remedio en primer lugar y del medicamento luego, va pasando de la propia población a los especialistas o semi-especialistas que van surgiendo (como serán los distintos tipos de curanderos existentes), a especialistas autorizados administrativamente por los Estados, los farmacéuticos y los médicos, o bien en el caso de las drogas, a cuerpos burócratas y administradores con competencias específicas reconocidas sobre el asunto.” Romani (1999:39 y 40)

Partiendo de esta premisa, podemos afirmar que se acababa de activar un nuevo mecanismo de control social que tenía que ver con una de las dimensiones más importantes de la gestión política de todos los tiempos, la salud pública. Los llamados procesos de automedicación, que al mismo tiempo están integrados como variante de las denominadas prácticas de autoatención en salud⁴ de los cuales nos ocuparemos más adelante, pasarán inevitablemente a un plano de subalternidad, o aun estado de pseudo-ciencia. Así pues, el sistema drogas quedaría hasta la actualidad controlado totalmente por las instancias estatales y los convenios internacionales.

En los siguientes puntos intentaré mostrar detalles y ejemplos de la articulación del discurso predominante sobre salud y drogas respecto a otros enfoques

²Véase para este tema Castel, R. (1997) La metamorfosis de la cuestión social.

³Ver para el caso español J.C Usó.(1996) En España se dispensaba en farmacias, boticas y otros: cannabis, cocaína, heroína y sus derivados y mixturas hasta 1936.

⁴Autoatención en salud: como afrontamos determinados padecimientos mediante la interacción con nuestra redes sociales de carácter primario (familia, amigos, pareja) y mediante nuestros propios conocimientos adquiridos por la experiencia: familia, amigos o por nosotros mismos (autocuidado)Menéndez (2005).

metodológicos que intentan reflexionar e ir un poco más allá de los aspectos legales-represivos y sanitarios-proteccionistas (paternalismo).⁵

Si tenemos como referente del “estado de la cuestión” global sobre el uso de drogas informes de esta naturaleza, como los que nos presentan (UNODD y OEDT), tenemos que suponer y demostrar, al menos este es uno de los objetivos de este artículo, la existencia en primer lugar y la utilidad en segundo lugar, de los estudios o informes derivados de la perspectiva socio antropológica, de carácter cualitativo, como una herramienta no tan sólo complementaria sino de profundización y de gran utilidad estratégica, tanto en investigación como en intervención/aplicación en relación al fenómeno de consumo de drogas. El enfoque de la Antropología Médica permite centrarnos en una visión historicista, relativista en relación con los distintos modelos de atención a la salud, y en las distintas prácticas de cuidado hacia la misma o de uso de drogas o sustancias psicoactivas, ya sea en contextos urbanos occidentales, como en otras realidades.

Parece ser que las políticas mundiales sobre drogas han encontrado la manera de eludir la complejidad social del asunto mediante la estrategia de, primero: focalizar estratégicamente su atención sobre la patología (enfermedad física y/o mental) y la patología social (personas desviadas)⁶, ante los otros factores de incidencia de naturaleza sociocultural. Segundo, poniendo el énfasis de sus actuaciones en el control de la oferta mediante la persecución y fiscalización de personas, plantas y sustancias psicoactivas. Los resultados de los informes globales, quienes tienen la responsabilidad última de legitimar determinadas políticas, consideran a grandes rasgos, como indicadores importantes, la prevalencia en cifras absolutas de consumidores a nivel global, los índices de tratamiento y los datos derivados del control fiscal. Intentaré fundamentar que detrás de esto existe un proyecto ideológico (terapéutico) correspondiente a una política social determinada. que responde a la concepción prohibicionista y biomédica de la cuestión del consumo de drogas.

La perspectiva de la Antropología Médica.

La Antropología Médica se ha especializado desde los años 70 en lo que denominamos estudio del proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), (Menéndez, 2005). Este es un proceso que podemos denominar universal, que se da y se ha dado en todas las sociedades, pero que inevitablemente los saberes y prácticas, que en él se dan, no pueden escapar de contener y comunicar significados culturales.

La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Menéndez 2005:10). Obviamente podemos trasladar este concepto al fenómeno social del uso de sustancias psicoactivas. La manera en que los individuos, grupos

⁵Véase para esta cuestión la obra de Husak, D.(2000) Drogas y Derechos.

⁶Para profundizar sobre este concepto ver: “Los extraños” de H. Becker. (1964.). Becker describe y relativiza muy bien en su estudio sobre consumidores de cannabis, como las sociedades producen mecanismos de control, reconociendo conductas o comportamientos desviados según los criterios que la misma sociedad define de manera arbitraria.

sociales y sociedades consumen sustancias psicoactivas expresan también las condiciones socioestructurales en las que están contextualizadas.

En este sentido y para introducirnos en el análisis del Modelo Médico Hegemónico o Biomédico, debemos tener en cuenta que: el saber médico, tal y como lo conocemos se desarrolló dentro de tres instituciones básicas durante los siglos XIX y XX; la universidad, el consultorio privado y el hospital público, expresándose en todas ellas las condiciones dominantes en cada sociedad. Por ejemplo, la disciplina médica fue aprendiendo algunas de las principales prácticas de su profesión en los hospitales a través de ejercicios terapéuticos aplicados sobre todo a pacientes de estratos bajos (Menéndez, 2005). El modelo médico instituido durante el siglo XIX en países europeos y americanos no es sólo un producto del desarrollo científico y profesional de la biomedicina, sino que sectores sociales *hegemónicos* contribuyeron a su desarrollo y legitimación a la vez que también participaron en este proceso el conjunto de los sujetos y grupos sociales *subalternos* que se enferman y que demandan atención médica al mismo tiempo que se caracterizan por sus formas diferenciales de enfermar, autocuidarse o morir; y que van encontrando en la medicina alopática soluciones reales o imaginarias a sus principales padecimientos (Menéndez, 2005).

No es ningún secreto que hasta la irrupción de los denominados Estados del Bienestar, el acceso a la salud (dispositivos, condiciones ambientales, condiciones económicas...) no era un derecho universal, tal y como lo entendemos hoy en día en los países desarrollados. No por ello deberíamos suponer que en épocas anteriores a la Ilustración, por ejemplo en la Edad Media, no existían otra clase de mecanismos de protección y cobertura social igualmente eficaces⁷. El saber médico ha monopolizado paulatinamente el ámbito de la atención a la enfermedad y el padecimiento, siendo ésta práctica de atención muy diversa en cualquier tipo de sociedad inclusive la capitalista. Y no tan solo en el ámbito del desarrollo de la biomedicina sino también en otras estructuras macro sociales de desarrollo económico político.

Las características definitorias de la Biomedicina, como paradigma o sistema médico son, a grandes rasgos, según Menéndez (2005:12): biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática.

Considerando esta premisa podemos relacionar y encuadrar mayoritariamente el uso de drogas (ilegales, aunque también determinados usos de las legales) dentro de la categoría analítica de s/e/a, como un proceso de autoatención y más concretamente dentro de los procesos de automedicación.

La autotención en salud hace referencia a la respuesta que todo grupo humano o individuo busca para resolver un problema de salud en sentido amplio (afectivo, físico, relacional, mental) en su propio contexto. En las sociedades llamadas desarrolladas este proceso hace referencia a la acción previa de acudir a los centros primarios de salud y tendrá mucho que ver con las creencias culturales, costumbres, significaciones o representaciones simbólicas o prácticas domésticas aprehendidas⁸.

⁷ Véase los estudios de Comelles JM, por ejemplo (1997)

Atendiendo a esta red conceptual, debemos considerar la enorme diversificación y diferenciación entre tipologías de sustancias psicoactivas y de los usos de las mismas; (experimental, ocasional, instrumental, habitual, abusivo,...) y tener en cuenta que las definiciones biologicistas clásicas de las drogas y sus efectos, que han permanecido hasta nuestros días, véase por ejemplo el legado que del antropólogo y farmacólogo del SXIX (L.Lewin)⁹ dejó respecto al estudio de los efectos de las sustancias. Romaní (1999)

Hay que invitar a los defensores de este tipo de definiciones a complementar el contenido de las mismas con: los efectos farmacológicos de las sustancias psicoactivas siempre variaran dependiendo de factores no tan solo personales, sino sociales, culturales, económicos, políticos y de infinidad de posibles situaciones contextuales.

La concepción del uso de sustancias psicoactivas como un proceso patológico permite que el consumidor de drogas se convierta en un ente asistible, por el simple hecho de usar una determinada sustancia psicoactiva, al margen de que desarrolle problemas relacionados o no.

Todo “proceso asistencial” (Comelles ,1997)¹⁰ y la investigación de las ciencias de la salud relacionada, como la epidemiología, tienen aspectos de gestión (prácticas, comportamientos, actuaciones), así como aspectos ideológicos. Estos últimos se encarnan en las representaciones, valores, en las actitudes y hasta en el conjunto de las legitimaciones corporativas y modos de organización institucional que envuelven aquellas prácticas.

“En el caso de la Biomedicina existe un discurso que legitima toda la actividad en el campo de la salud, el cual tiene como último referente la ciencia (...) este discurso con pretensiones de cientificismo, permite que el resto de la sociedad acepte de alguna forma una intervención determinada”¹¹. (Romaní, 2008:302).

Estos conceptos teóricos, que afectan a la estructura social (biomedicina, carrera asistencial, asistibilidad, proceso s/e/a), son los que identificaremos como material primario de base, para analizar el discurso “científico” de los informes estadísticos, en los próximos puntos del artículo.

Las instituciones de vigilancia epidemiológica no dejan de ser prolongaciones de los dispositivos asistenciales, en consecuencia, podemos atribuirles las mismas características respecto a la elaboración de discursos y ejecución de determinadas prácticas. Su importancia radicarán en que estos dispositivos serán los que marcarán

⁸Para poner un ejemplo de cómo se afronta un cuadro de nerviosismo a nivel doméstico de autoatención: “tomar un trago”, “fumarse un cigarro o un “porro”, “tomarse una tila”, “tomarse una benzodiacepina”...

⁹ Debemos a este autor las nociones de: dependencia, tolerancia, abstinencia o las clasificaciones de las sustancias según sus efectos farmacológicos: estimulantes, depresores, alucinógeno...

¹⁰ Los procesos asistenciales son itinerarios contruidos en un complejo asistencial construido a partir de los recursos intelectuales, emocionales, sociales, institucionales y culturales de los microgrupos implicados con una enfermedad. La noción de proceso asistencial remitía a un hecho universal: el que en todas las sociedades es posible distinguir prácticas de gestión de la crisis, y al hecho constatable según el cual su observación empírica pone de manifiesto su extrema variabilidad cultural y su condición de particularismo cultural.

¹¹Podemos poner un ejemplo para ilustrar esta contradicción: la prescripción de metadona como sustancia psicocativa legal, un potente opiáceo, es aceptada por la sociedad en cambio la heroína no.

las prioridades de actuación. Es evidente que el discurso relacionado con las drogas es el de lucha contra las mismas y que se ha proclamado a nivel internacional una “guerra contra algunas drogas” y la ideación utópica de un mundo sin drogas, que no admite cuestionamientos ni especificidades respecto a usos no “prescritos” de sustancias ilegales, pero que regula arbitrariamente un mercado ingente de drogas legales, como los medicamentos, el alcohol o el tabaco.

La cuestión Metodológica

La Antropología Social y la Epidemiología han recorrido gran parte de su historia como ciencias ignorándose una a otra, y a pesar de tímidos encuentros y desencuentros continúa el debate y la incompreensión sobre la idoneidad de sus aproximaciones frente a problemas relacionados con el proceso de salud/enfermedad/atención. Más aún en el campo de conocimiento sobre salud y drogas el encuentro raras veces se ha dado. No quiero aventurarme a dilucidar cual de las dos es mejor o peor, es obvio que no entraremos en maniqueísmos y tenemos que tener muy en cuenta que:

“El problema básico para cualquier aproximación puede ser el mismo: olvido de las cautelas y generalización abusiva. “Es tan erróneo o, puede serlo, generalizar al conjunto de la población consumidora de una determinada droga los resultados de una prueba probabilística de sujetos en tratamiento, como los de una monografía etnográfica sobre subcultura cuyos miembros utilizan dicha droga en rituales de iniciación.” (Grup Igia, 2000:29).

Aún así, parece que el desarrollo y aceptación de la disciplina de la Antropología Médica y del enfoque cualitativo ha sido minoritario y menospreciado respecto al epidemiológico cuantitativamente hablando.

Siguiendo a Menéndez (2001) vamos a repasar algunos de los aspectos clave, (puntos en común y conflictos) entre el desarrollo de la Epidemiología y la Antropología Médica. En primer lugar, partiendo del papel subalterno que la Antropología Médica y la aproximación cualitativa han experimentado desde su creación, parece que su recuperación o inicio del proceso de equiparación se hizo posible gracias a la modificación generada en el perfil epidemiológico (básicamente fomentados por el estudio las modernas enfermedades crónico-degenerativas, o por procesos referidos al Tercer Mundo, cómo los programas de planificación familiar). Otro motivo de su resurgimiento fueron las dificultades que las ciencias de la salud evidenciaron para obtener información confiable y estratégica respecto a varios problemas de salud relacionados en particular con las adicciones, homicidios, suicidios, sida y violencia entre otros, durante la década de los setenta, expresando así una crisis de eficacia del saber biomédico.(Menéndez, 2005:123-124).

“Aunque la sociología o la psicología social, desarrollaron siempre tendencias teóricas que utilizaban técnicas cualitativas, la epidemiología como disciplina científica excluyó lo cualitativo y se centró exclusivamente en lo estadístico, por lo menos hasta la actualidad (Dunn y Janes 1986, Gaines 1992, Gerhardt 1990, Menéndez 1998, Nations 1986, Trostle 1986a y 1986b). (Menéndez, 2001:127).

El desarrollo y recuperación de las aproximaciones cualitativas es correlativo como señala Menéndez al reconocimiento del papel de los sujetos y grupos sociales en casi todos los pasos del proceso s/e/a.¹² Estas tendencias propiciaron los enfoques de investigación/acción/participativa¹³, basados principalmente en técnicas cualitativas que no sólo operaron como instrumentos para obtener y difundir información sino que operaron como uno de los principales mecanismos de concienciación y acción¹⁴, así pues el impulso dado a las técnicas cualitativas surge de los intereses, objetivos y prácticas de la sociedad civil(2005:125).

Así pues, las limitaciones observadas al respecto de las técnicas estadísticas para obtener información estratégica y fiable para describir y actuar sobre problemas graves, la capacidad de las técnicas cualitativas para producir este tipo de información, análisis e implementación, la utilidad de las mismas no sólo para producir información sino para la concienciación, acción y participación grupal o comunitaria y la existencia de sectores sociales que impulsaron estas técnicas en función de sus objetivos y necesidades fueron los cuatro puntos clave del resurgimiento de las técnicas cualitativas en el campo de la investigación en salud y que propongo que sigan reivindicándose.

Un caso paradigmático fue por ejemplo el del fenómeno de uso de drogas inyectado durante los años 80 y 90 y su relación con la propagación del VIH, en España¹⁵. Al igual que en muchos países europeos las metodologías de educación entre pares, las investigaciones basadas en el método *bola de nieve*¹⁶ o las buenas etnografías reveladoras de la realidad más densa, así como la formación de grupos de usuarios, sindicatos y asociaciones de consumidores¹⁷, fueron clave para parar la evolución de la epidemia, al mismo tiempo que disminuir sobredosis y proponer un nuevo modelo de reinserción social. Este desarrollo no ha dejado de ser “problemático” o incómodo para las instituciones de investigación y saberes profesionales s/e/a del campo biomédico (Menéndez 2001:127).

Las diferencias y desencuentros entre ambas disciplinas podrían abastar capítulos enteros de discusión y crítica pero si vamos a proponer y describir similitudes debemos ponernos de acuerdo en qué las dos disciplinas trabajan con algún tipo de

¹²Vemos un ejemplo actual en la constitución de redes internacionales de consumidores de sustancias psicoactivas organizados y realizando un importante trabajo de *advocay*, como: INPUD o ENCOD a nivel Internacional o las asociaciones ASUT, ARSU, AGRUPA'T, PIGAD, AUPA'M, APDO o la federación FAUDAS, en el ámbito Español.

¹³Véase para este tema : Sepúlveda et al (2008).

¹⁴Por ejemplo los grupos de activismo social durante los años 70 feminismo, movimiento gay pasando por los grupos de ayuda mutua.

¹⁵España ha sido uno de los países del mundo donde las consecuencias del consumo de drogas han sido más graves desde el punto de vista de salud pública. En los últimos 30 años, 20 a 25 mil personas han muerto de sobredosis y 100.000 han infectado por el VIH a través del uso de jeringas no estériles, y muchos más se han infectado por la hepatitis C. Gabinet de Comunicació i Premsa. GENCAT Salut. <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/dn1903/drogdanys.pdf> consultat el día 30 de juny 2010.

¹⁶Bola de nieve. Guía para la formación de usuarios-as de drogas como agentes de salud. por Grupo GID. 2004

¹⁷Véase para este tema Proyecto atlas (Grup Igia) y Baulenas, G., Borrás, T. & Magrí, N. (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Grup Igia.). Los grupos o asociaciones españolas y sobretudo catalanas, han permitido no tan sólo la obtención de datos (mediante contactos, informantes clave, historias de vida) y mediante el aprendizaje de su experiencia, sino convertirse en interlocutores indispensables en materia de salud y drogas para los gobiernos locales.

conjunto social y no con el individuo aislado. Menéndez (1998) distingue cuatro puntos de convergencia claves entre las disciplinas de la Epidemiología y los enfoques socio antropológicos y de la Antropología Médica en concreto:

a) Las dos disciplinas, reconocen la multicausalidad de la mayoría de los problemas de salud, cuestionando la etiología única de éstas, b) suponen la existencia de algún proceso o evolución en el proceso de s/e/a específico, al mismo tiempo que también reconocen que las condiciones de vida tienen mucho que ver con la causalidad, el desarrollo, control o solución de los problemas de salud. c) La concepción preventiva de los problemas de salud y d) la convicción de que la naturaleza de sus investigaciones no son arbitrarias sino que pertenecen a principios técnicos y teóricos específicos. (Menéndez, 1998:4).

Siguiendo al mismo autor, y entramos ya en el *quid* de la cuestión, serán los puntos de conflicto en los campos convergentes señalados, los que realmente centraran nuestro interés y que nos permitirán al mismo tiempo, teorizar, problematizar y después ejemplificar algunos puntos de análisis importantes de los datos presentados en este artículo.

Estamos de acuerdo en que las dos disciplinas trabajan sobre grupos sociales, pero empezaremos señalando, cómo primer elemento de divergencia importante, que la epidemiología los describe en términos de agregados estadísticos, de manera atomizada y desarticuladas y que describe o identifica las enfermedades mediante un conjunto de signos objetivables y de carácter universal. La Antropología Médica en cambio, estudia la realidad social a partir de “grupos naturales”, intentando no desagregar a los conjunto sociales, dado que en su definición teórica éstos constituyen un tipo de unidad que expresa la articulación entre individuos (Menéndez 1998:4). La agregación de grupos estadísticos genera un tipo de información que no corresponde a los que los conjuntos sociales producen o reproducen respecto al proceso de s/e/a y supone no asumir que los individuos se definen como tales a partir de las relaciones que establecen entre sí y que estas relaciones corresponden a códigos colectivos de carácter sociocultural.

Por lo que refiere a lo multicausal respecto a la enfermedad, la epidemiología sitúa en lo biológico o en lo bio-ecológico el eje de la causalidad desde una aproximación a-histórica respecto al proceso e/s/a. El uso dominante de la corta duración histórica en sus investigaciones no es un hecho causal o basado exclusivamente en razones técnicas, sino que obedece a una perspectiva metodológica que no incluye la importancia de la dimensión histórica. En el campo de estudio de las drogas, no tener en cuenta esta dimensión es un sesgo recurrente de la epidemiología y de la biomedicina en general.

La antropología médica por otro lado relaciona estrechamente la etiología de los problemas de salud con los factores socioculturales e incorpora en su análisis la perspectiva diacrónica de tales procesos. Las ciencias antropológicas y las sociales han propuesto una concepción construccionista del padecimiento, de las estrategias de atención, pero también de la vida cotidiana en la que se procesa el padecimiento, lo cual entre otros hechos han conducido a observar históricamente el papel de la biomedicina respecto a toda una diversidad de problemas. La inclusión de la

dimensión histórica comparada en el estudio del proceso s/e/a incrementa la complejidad de los procesos de estudio. (Menéndez, 1998:6).

Un análisis diacrónico en términos de larga duración permite darse cuenta que no sólo cambian las estrategias y formas de atención, sino que se modifica la incidencia de las enfermedades, y los que es más significativo, las relaciones sociales y culturales establecidas por los grupos y sujetos con padecimientos. La dimensión histórica del estudio social de los problemas de la salud, ha hecho que las dos disciplinas muestren interés por el concepto de “carrera del paciente” pero no aplican las mismas interpretaciones ni énfasis, como por ejemplo en el concepto fundamental del “punto de vista del actor”¹⁸ o “estilo de vida”. La epidemiología utilizó este concepto eliminando la perspectiva holística, reduciéndolo a conducta de riesgo, limitando y no incluyendo la articulación entre las condiciones materiales e ideológicas. La aplicación biomédica “extrajo” el padecimiento de los procesos culturales y sociales en que se desarrolla y utilizó el concepto estilo de vida para describir rasgos específicos de comportamientos relacionados primero con determinadas enfermedades crónicas, y más tardíamente con las violencias y las adicciones (Menéndez, 1998: 7-9). Este punto es crucial para entender el desarrollo y enfoque actual de las investigaciones sobre drogas y salud, ya que la biomedicina y la epidemiología, por defecto, tienden a atribuir a la responsabilidad individual del sujeto la elección de determinados riesgos y estilos de vida, excluyendo las condiciones estructurales del análisis, por ejemplo haber elegido tomar o no tomar drogas.

En cuanto a los conflictos o diferencias relacionados con el enfoque preventivo que ambas disciplinas manejan, señalaré que las más destacadas son las referentes a representaciones o prácticas culturales como prácticas de prevención. La biomedicina suele ver las representaciones y prácticas de la población como factores que inciden desfavorablemente sobre su salud; las perciben como un saber básicamente a modificar. Esta perspectiva considera además explícita o implícitamente que la población no maneja criterios de prevención. Desde la perspectiva antropológica se afirma que no existen grupos sociales que carezcan de estos saberes, porque los mismos son estructurales de la misma cultura, la mayoría de estos criterios preventivos son socioculturales y el punto central aquí, es, no considerar, sí son válidos o no, sino asumir que los grupos sociales producen criterios y prácticas de prevención más allá de que sean equivocadas o no. En consecuencia, uno de los principales objetivos médicos debería ser la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos, para trabajar a partir de los mismos en un proceso de acción conjunta salubridad/grupos sociales. (Menéndez 1998-14). En el caso del estudio y la intervención en drogodependencias este aspecto es central y por desgracia minoritario, a pesar que desde las Políticas de Reducción de Daños y Riesgos y desde la Antropología Médica se lleve más de dos decenios insistiendo sobre esta cuestión.

Evidentemente las dos disciplinas tienden a considerar los objetivos, teorías, técnicas o niveles interpretativos propios como los correctos, pero en el caso de la epidemiología se da especialmente, ya que en sus inicios tenía en cuenta factores ambientales y sociales. Al paso del tiempo su tendencia ha sido la de ir reduciendo

¹⁸Ver para estos conceptos “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. E.L. Menéndez. En relaciones n69 1997, 237-272

su interpretación a una determinada concepción de los que es el método científico¹⁹, con lo cual y entre otras cosas condujo a eliminar casi toda aproximación de tipo cualitativo.

La necesidad de articulación de estas dos disciplinas es un hecho irrefutable, pero las diferentes identidades institucionales y roles profesionales, han favorecido las divergencias y desencuentros. Sólo a partir de un enfoque constructivista de la realidad podremos llegar a un entendimiento (Menéndez 1998-15). En este caso el análisis constructivista debería proponer un acercamiento técnico a la dimensión histórico-estructural del fenómeno del uso de drogas y pondría inevitablemente en evidencia el fracaso de los objetivos de las políticas de drogas en los últimos 150 años. Proponiendo, a lo mejor, un modelo de gestión de las mismas a nivel local.

¿Porqué la Antropología Médica es adecuada para el estudio del consumo de drogas?

Intentaré fundamentar brevemente en este apartado, las cualidades específicas de las Antropología Médica para el estudio del fenómeno de uso de drogas tanto a nivel teórico como práctico. En primer lugar ya hemos hablado sobre la especificidad del estudio de los fenómenos sociales por parte de la Antropología a partir de la observación y análisis de unidades de significación y prácticas de los diferentes grupos sociales respecto a los procesos de s/e/a, de su enfoque holístico que permite analizar la realidad interrelacionando los distintos niveles de la misma (micro-macro) y de su capacidad para interaccionar con los grupos estudiados no sólo a nivel de investigación acción sino a nivel de concienciación y movilización de objetivos y necesidades.

“Las estrategias de investigación cualitativa adoptadas por la antropología para el estudio del consumo de drogas se basa en los referentes teórico-filosóficos inscritos en la tradición comprensiva e interpretativa de las ciencias sociales (Husserl, 1993; Mead 1993 en Díaz (1998-179). Esta tradición considera que lo caracteriza a los fenómenos sociales es que poseen significado e intencionalidad y en su enfoque se privilegia la comprensión (Weber, 1973:1984, especialmente las páginas 5-25, en Díaz 1998:179). Esta estrategia y la metodología evaluativa han sido particularmente utilizadas- desde diversas perspectivas teóricas, tanto sociológicas como antropológicas- para el estudio intensivo de comunidades tradicionales y “primitivas”, grupos marginales, subculturas delincuenciales, procesos de desviación (Bécker, 1971; Goffman;1980;1984; Evans-Pritchard, 1980; Sutherland, 1988, Whyte:1981;Wirth, 1973. (Díaz, 1998:180).

La capacidad de indagar, profundizar y conectar con fenómenos relativamente “escondidos”, “marginales y/o ocultos, cómo el estudio de las violencias o actividades relacionadas con la ilegalidad o con grupos sociales estigmatizados.

“La metodología cualitativa es la más adecuada para analizar la naturaleza del consumo de drogas, por el carácter oculto del consumo y por las complejas elaboraciones culturales que comporta. Algunos ejemplos de su utilización en este campo específico pueden verse en Adler, 1993; Bieleman et al.,1993; Biernacki,

¹⁹Biomedicina, Positivismo. Creencia en el progreso ilimitado.

1986; Bourgois, 1995; Díaz, Barruti, Doncel, 1992; Funes, Romaní;1985, Pallarès, 1995; Ratner, 1993; Zinberg,19842. (Díaz 1998:180).

Como señala Romaní (1999:155) en relación a los estudios sobre consumo de drogas en un informe de la OMS se exponía que en relación a la *ratio* costes/beneficio, entendidos estos últimos como mayor cantidad y calidad de información, se deberían priorizar las metodologías de estudio siguiendo la siguiente jerarquización, que sitúa la etnografía y métodos afines en los puntos 2 y 3:

1. Recopilación y cotejo de las informaciones ya existentes.
2. Estudios basados en informantes clave.
3. Estudios basados en observaciones directas (etnografía).
4. Encuestas poblacionales en general.
5. Encuestas poblacionales específicas.
6. Sistemas de notificación.

El mismo autor realiza una muy buena descripción las especificidades en cuanto a la calidad y a la obtención del conocimiento etnográfico respecto al fenómeno de uso de drogas, argumentando que:

“ Desde esta posición (la etnografía) podremos apreciar el significado que tiene el consumir ciertas drogas, y el persistir en ello aunque, muchas veces, les reporte gran cantidad de problemas (físicos, relacionales, judiciales, etcétera); el gran número de sujetos y grupos que consumen de maneras muy distintas, heterogeneidad que queda enmascarada detrás de la etiqueta estigmatizadora, o de la mayor “normalidad” social, cuando este consumo es secreto; que lo que llamamos dependencia tiene unos aspectos farmacológicos, que hay que integrar en otras variables que los condicionan y modifican y que son las que configuran realmente un determinado estilo de vida: unas técnicas de uso en unos medios muchas veces negativos (desde el punto de vista estrictamente higiénico como del de las ansiedades y compulsiones que implican dichos medios), unas expectativas culturales sobre los efectos de las drogas y lo que se consigue siendo drogadicto, la adquisición de una determinada identidad (muy importante por cierto, en nuestra sociedad actual), la identificación con ciertos pares, con situaciones vividas, con rituales específicos, un uso peculiar del tiempo y del espacio...: la lógica de sus recorridos asistenciales, entre la comunidad terapéutica el ambulatorio o los amigos, para dejar un tipo de droga o re situarse respecto a ella ;etc. (Romaní 1999:156).

Esta perspectiva o enfoque se desarrolló e a partir de los estudios etnográficos y antropológicos en la década de los cincuenta, donde las llamadas “drogas”, eran unos elementos más o menos integrados en los sistemas socioculturales estudiados (Romaní 1997:45), destacando los estudios de Lindesmith o Bécker²⁰, sobre heroínómanos y marihuaneros respectivamente.

Desde la perspectiva antropológica el enfoque holístico obliga a analizar los problemas globalmente, de manera contextualizada a distintos niveles de la realidad, y a través de diferentes articulaciones entre estos diversos niveles. También permite como metodología de acercamiento a la realidad (implicando interacción continuada

²⁰ Lindesmith (Addiction and Opiates) 1968 y Bécker. H “Los extraños” 1964

e intensa con el grupo estudiado), acceder de manera inmediata a los datos de la realidad a nivel micro-social, además de mediante un marco-teórico bien estructurado, permite contrastar datos y explicaciones previas de los niveles progresivamente más macros (Romaní, 1997: 46).

Por último decir que la utilización del enfoque antropológico junto con la utilización de técnicas cualitativas de acercamiento, posibilita un campo de trabajo aún más interesante desde mi punto de vista que es el de la movilización de los propios consumidores de drogas (problematizados o no) en busca de una mejora de la comprensión del fenómeno y en definitiva en la mejora de las condiciones sociales legales y sanitarias que atañen al consumo de drogas, no tan sólo reivindicando derechos propios sino promoviendo mejoras y colaborando en la planificación estratégica de Políticas, Programas, recursos y dispositivos creados para atender el denominado problema de las drogas. Creo que la participación de los consumidores de drogas, tanto en investigaciones (formando parte como informantes y como participantes) como en procesos de *advocacy* y defensa de los derechos humanos, es clave e indispensable para intentar ganar espacios y libertades en el panorama mundial de las políticas que gestionan el fenómeno del consumo de drogas. Así mismo si incidir a un nivel internacional es difícil desde la antropología teórica y aplicada, si es cierto que a nivel local se encuentran las respuestas y las claves para una movilización social exitosa²¹, en pro de una mejora de las políticas de drogas.

Discursos y datos

De los dos informes internacionales referenciados (ONUDD y OEDT) me parece sumamente interesante empezar por el análisis de los textos introductorios que los preceden. En los preámbulos y prefacios de estos informes aunque breves, se concentran simbólicamente y de manera explícita las características del discurso ideológico de las políticas hegemónicas relacionadas con el problema de las drogas y nos dicen bastante más que los datos estadísticos que presentan y que superficialmente analizaré. Son textos que hablan en nombre de los países y de los políticos y que generan discurso e ideología. Ofrecen una oportunidad de análisis que me parece poco despreciable para reivindicar el espacio apropiado para la Antropología Médica ya que ambos textos, podrían considerarse como una declaración de intenciones de los gobiernos y/o una declaración de *principios*²² dirigida a la población mundial en relación al “problema” de consumo de drogas.

Informe “Resumen Ejecutivo” de UNODD. 2009

En el texto introductorio, la presidencia de la UNODD²³, presenta sus reflexiones después del primer siglo de fiscalización que se inició Shanghai 1909, por el comercio del opio y Las Guerras del Opio. Naciones Unidas emite la valoración sobre la eficacia y limitaciones de las políticas sobre drogas de la siguiente manera:

²¹Ejemplos al respecto los encontramos en los Clubs de fumadores de marihuana, o en las asociaciones de consumidores i exconsumidores de drogas organizados.

²²Base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede discutiendo en cualquier materia.

²³Antonio M. Costa. Director Ejecutivo. ONUDD.

“Las drogas ilícitas siguen planteando un problema para la salud²⁴ de la humanidad. Por ello las drogas están y deben seguir estando controladas. Habida cuenta de ello, los Estados Miembros confirmaron su apoyo inequívoco a los convenios y convenciones de las Naciones Unidas que han establecido el sistema internacional de fiscalización de drogas.”(UNODD 2009:1)

El Informe de UNODD reconoce también que:

“se han puesto de relieve algunos efectos negativos de la fiscalización, claramente no deseados que preanuncian la necesidad de plantear un debate sobre las formas de hacerle frente. Últimamente se han alzado algunas voces limitadas pero en aumento entre los políticos, los medios de difusión y hasta la opinión pública, que afirman que la fiscalización de drogas no está dando resultados. El volumen de estas voces sigue aumentando y el mensaje se está extendiendo. Gran parte de este debate público se caracteriza por generalizaciones injustificadas y soluciones simplistas. Sin embargo el eje mismo del debate destaca la necesidad de evaluar la eficacia del enfoque actual. Tras haber examinado la cuestión sobre la base de nuestros datos la UNODD ha llegado a la conclusión de que, aunque los cambios son necesarios, estos deberían alentar diferentes medios de proteger la sociedad contra las drogas, y no de impulsar el objetivo diferente de abandonar esta protección.”(UNODD 2009:1).

La despenalización de las drogas se reconoce como el *objetivo diferente* al cual se hace referencia, rechazado sistemáticamente a partir de los tres argumentos básicos que la defienden sus seguidores; argumentos económicos, de salud y de seguridad, alegando perversión económica, un aumento de la delincuencia y amenaza para la salud. Consciente del fracaso evidente de las políticas efectuadas hasta el momento, la solución propuesta es la mejora de la eficacia de las mismas, no intentar observar o introducir otras aproximaciones o metodologías.

Otra declaración significativa en el resumen ejecutivo, es la determinación de la toxicomanía como enfermedad y el acceso universal a tratamiento. La conceptualización de la toxicomanía como enfermedad refuerza el enfoque biomédico y procesos como el de medicalización del problema y de las personas, aludiendo la dimensión social y cultural.²⁵

No se identifica por ejemplo el aumento de la violencia consecuencia de las políticas de fiscalización de drogas, sino que se describe el problema de la delincuencia como un fenómeno aislado o independiente de las consecuencias de la fiscalización.

²⁴Se han respetado los subrayados de los textos originales. Véase como la concepción de la “droga” es de total arbitrariedad. Propone el control sobre las sustancias, como si tuvieran entidad propia, *agency*. No habla sobre la interacción entre las sustancias y los sujetos y menos de la interacción con los contextos determinados. La droga es un amenaza por si misma, por el sólo hecho de existir.

²⁵ NIDA. Según Eliot Albert (INPUD) en su conferencia the production of the stigma by the Disease model of Adiction. Sesión 352. 19 IHRA Conference. Liverpool. 2010. NIDA cambió el significado del acrónimo A (Pasando de Abuse a Adiction) sentando las bases del “nuevo” modelo de enfermedad de las adicciones.

“Insto a los gobiernos a que reajusten su combinación de políticas sin demora e impongan una mayor fiscalización de la delincuencia, sin disminuir la fiscalización de las drogas.” (...) Insto a los heroicos partidarios de la causa de los derechos humanos en todo el mundo a que ayuden a la UNODD a promover el derecho a la salud de los toxicómanos; deben recibir ayuda y reintegrarse a la sociedad. La adicción es un problema de salud y no debe encarcelarse a los afectados, ni dispararse contra ellos, ni tampoco como sugieren los defensores de este argumento, sacrificarlos para reducir la amenaza a la seguridad que plantean las mafias internacionales.”(UNODD 2009:2)

Centrar la persecución en los traficantes y no en los consumidores de drogas y proponer acceso al tratamiento universal a la toxicomanía parecen objetivos razonables, quizá planteados a partir de la autocrítica que las mismas políticas prohibicionistas se han aplicado,

“un compromiso para salvar vidas y reducir la demanda de drogas: esto traerá aparejado la caída de la oferta y los ingresos de la delincuencia conexos”. (ONUDD 2009:2)

Sin duda la utilización del lenguaje abrupto, simplificado y contundente contra las drogas, es una de las características más definitorias del discurso biomédico y prohibicionista, en la misma medida la evocación de imágenes apocalípticas y de siniestras realidades colectivas, como el objetivo de poner fin a las *ciudades sin control*:

“Los guetos no crean toxicómanos ni desempleados a menudo sucede lo contrario. Y en este proceso prosperan las mafias”. (...) Curiosamente, y pese a la ola actual de delincuencia, los llamamientos a que se adopten medidas en contra de lavado de dinero y el delito informático (Internet) no tienen respuesta. En este proceso, la política sobre drogas carga con la culpa y se la menoscaba”.(UNODD 2009-3.

“Hasta ahora, la mayor parte de nuestra sociedad se ha opuesto tenazmente y con éxito, al programa de legalización de estupefacientes. Sin embargo debe cambiar la política de lucha contra la delincuencia. Ya no basta con decir: no a las drogas. Ahora debemos afirmar con la misma vehemencia: no a la delincuencia. No queda más opción que mejorar tanto la seguridad como la salud. Poner fin a la fiscalización de los estupefacientes sería un error colosal. Igualmente catastrófico es seguir haciendo caso omiso de la amenaza que la delincuencia organizada plantea a la seguridad.”(UNODD 2009:4)

Los datos presentados en el informe estadístico irán pues destinados a justificar estos principios ideológicos y políticos, mayormente preocupados por la disminución de la oferta y producción y en segundo lugar por los datos o indicadores que indican patología, enfermedad o demanda de tratamiento. Es evidente y no lo trataremos en este artículo que la investigación relacionada con la neurociencia, la industria farmacéutica es en número y en reconocimiento mucho más elevada que la estadística y por supuesto aún más que la olvidadísima aproximación cualitativa.

La poca precisión y estimaciones estadísticas entre los datos presentados es reconocida por la propia UNODD, pero no parece preocupar demasiado, la apariencia científica de sus figuras y datos y la fe ciega en el progreso “científico” de la estadística parece ser suficiente garantía de éxito para conseguir sus objetivos.

“En 2008 se registraron algunas reducciones alentadoras en la producción de cocaína y heroína. (...) Aunque los datos no son suficientemente completos como para dar una estimación precisa de la reducción de la producción de opio y de coca a nivel mundial, quedan escasas dudas de que, en efecto disminuyó”. (...) La producción de las demás drogas ilícitas es más difícil de detectar y los datos sobre consumo de drogas también son limitados. No obstante, los estudios sobre los consumidores en los mercados más grandes del mundo de cannabis de cocaína y opiáceos indican que dichos mercados se están achicando.” (UNODD 2009:...)

“Como es de suponer, todos estos mercados son clandestinos y el seguimiento de los cambios exige el uso de distintas técnicas para hacer estimaciones. Los datos son escasos, especialmente en los países en vías de desarrollo y el nivel de incertidumbre en relación en muchas cuestiones es elevado. Por primera vez este año en el Informe Mundial sobre las drogas, se dan datos explícitos sobre el nivel de incertidumbre y se presentan márgenes en lugar de valores exactos.”(...)

“El nivel de incertidumbre es menor en relación con el cultivo de coca y de adormidera, en que se han realizado estudios científicos de los cultivos en los pocos países en que se encuentra la mayor parte de la producción. También se han hecho estudios científicos sobre el rendimiento de los cultivos, pero se tiene menos certidumbre respecto a la producción de estas drogas que del cultivo para la producción de drogas”.(UNODD 2009:5)

Breve exposición de los datos estadísticos referentes a la cocaína del Informe Ejecutivo de UNODD 2009.

Los datos más relevantes del informe los podemos resumir en los siguientes indicadores:

1. Producción de cocaína en el mundo (toneladas métricas) 1994-2008

“La producción estimada de cocaína a nivel mundial disminuyó un 15%, de 994 toneladas métricas en 2007 a 845 toneladas métricas en 2008. Esta disminución obedece a una fuerte reducción de la producción en Colombia (28%), que no se vio compensada por aumentos en Bolivia y Perú”. (UNODD 2009:8)

Los cálculos de producción se calculan relacionando las siguientes variables:

Cálculo basado en las incautaciones, cálculo basado en los consumidores (consumo promedio de la población total) y cálculo basado en los consumidores (consumo promedio por tipo de consumidor).

2. Incautaciones mundiales de cocaína. (Toneladas métricas)1987-2007

“Después de cinco años de aumento, en 2006 la cantidad de cocaína incautada disminuyó y se mantuvo al nivel más bajo en 2007 (5% por encima del período 2005-2007). Esto se condice con la estabilización de la producción. En 2008, se observó una reducción significativa del tráfico en América del Norte, el mercado de consumo de cocaína más grande del mundo. Esto se reflejó en el rápido aumento de los precios y la caída del nivel de pureza de la cocaína. En 2008 el Reino Unido también comunicó una caída de los niveles de pureza de la cocaína” (UNODD 2009:10)

3. Estimaciones sobre el número total de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial.

“El número de personas que consumieron cocaína por lo menos una vez en 2007 se estima entre 16 y 21 millones a nivel mundial. (...). En 2007 unos 5,7 millones de personas consumieron cocaína por lo menos una vez el año anterior en Estados Unidos. Tras fuertes aumentos en años recientes, varios estudios realizados en países de Europa occidental mostraron las primeras señales de estabilización, aunque al parecer el consumo de cocaína sigue aumentando en América del Sur. Algunos países de África, en particular de África occidental y meridional, parecen mostrar niveles en aumento del consumo de cocaína, si bien los datos son escasos”.

Los datos sobre estimaciones totales del número de consumidores proveen de las estadísticas nacionales de cada nación, encuestas domiciliarias, centros educativos y centros de tratamiento, como veremos también en el caso del OEDT. Tanto el modelo europeo como el de los países que lo conforman, se inspiraron en el tipo de diseño estadístico del informe de la ONUDD, así como seguirán los objetivos y líneas estratégicas aquí señaladas. Así pues van a reproducirse los rasgos de a-historicidad de las series estadísticas, la desagregación de los grupos sociales estudiados y la formulación de generalidades que poco tienen que ver con el complejo micro sistema de relaciones que se dan a nivel de la ciudadanía.

El Informe del Observatorio Europeo sobre las Drogas y la Toxicomanía (OEDT)

Partiremos igual que en el informe de UNODD de un análisis básico del discurso contenido en los prefacios y notas introductorias del Informe Europeo 2009. En el informe europeo se refuerza también la idea de la necesidad del desplazamiento del debate político a favor de conceder mayor prioridad a las actividades de represión enfocadas al suministro, más que al consumo de drogas, Se caracteriza también por un enfoque de investigación eminentemente cuantitativo-epidemiológico, desviando la atención de los sociocultural hacia el control de la demanda y el tratamiento e intervenciones sanitarias, como analizaremos brevemente en los siguientes puntos. Tímidas referencias a otros enfoques parece que van apareciendo en el discurso político sobre salud y drogas:

“Europa se ha mostrado claramente partidaria de políticas de lucha contra las drogas que sean equilibradas, científicamente fundamentadas y humanitarias. (...) Aunque los debates en las Naciones Unidas a veces han sido acalorados y en

ocasiones han reflejado posiciones políticas e ideológicas inamovibles, también se han detectado signos de que podría estar ganando terreno un enfoque más pragmático y razonado para identificar cuáles son las actuaciones eficaces. Los Estados Unidos, por ejemplo, han suavizado su postura en cuanto a facilitar equipos de inyección estériles para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sanguínea, reflejando el notable fundamento empírico respecto a la eficacia que existe en este ámbito.” (OEDT, 2009:11)

Es obvio que se hace referencia a los programas de reducción de Daños y Riesgos, orientación hacia cuestiones más prácticas y humanitarias (sanitarias y sociales principalmente) en relación al consumo de sustancias y acostumbrada a trabajar con enfoques cualitativos, cómo el de la Antropología médica, que tienen que ver con la perspectiva del actor, la participación de los mismos usuarios en la elaboración, ejecución y evaluación de actuaciones aplicadas en salud. Llama la atención como en el apartado dedicado a la cocaína y crack, el OEDT, clasifica las políticas de Reducción de Riesgos y Daños²⁶, como nuevos enfoques, después de 20 años de implementación de las mismas (que no son más que un enfoque distinto dentro de los procesos de s/e/a).

Al mismo tiempo que el Informe de UNODD, el texto europeo reconoce el poco éxito de la aplicación de las políticas hasta el momento:

“Nada permite aventurar una mejor de la situación en el tema de la heroína y la cocaína, las dos sustancias que forman el núcleo central del problema droga en Europa. (...)El consumo de cocaína en Europa continúa concentrando en los países occidentales, donde la tendencia permanece, por lo general, estable o sigue en aumento.” (OEDT, 2009:14).

El informe europeo aunque más sensible en algunos aspectos sociales o más avisado en predecir tendencias y estudiar fenómenos novedosos, presenta en su discurso general atisbos del mismo discurso prohibicionista y fiscalizador que se propone como hegemónico en este artículo.

“El Informe anual de este ejercicio va acompañado de un tema seleccionado sobre consumo de múltiples drogas, que explora cuál es el impacto del consumo de sustancias múltiples en diferentes grupos de consumidores de droga. Los resultados son preocupantes. Entre los jóvenes el consumo de sustancias múltiples puede aumentar los riesgos de problemas agudos y anuncia el desarrollo de un hábito crónico de drogadicción en años posteriores. Entre los consumidores de droga habituales de mayor edad, el consumo múltiple de drogas constituye un tema importante en la sobredosis por drogas, complica el tratamiento por drogas y va asociado a violencia e infracciones legales” (...)Dentro de la población de consumo crónico de drogas, al ingesta excesiva de alcohol es tan habitual que a menudo ni se menciona, y la necesidad de abordar la dependencia simultánea respecto al alcohol se ha convertido en un asunto cada vez más importante para los centros de tratamiento contar la droga²⁷”(OEDT, 2009:14)

²⁶Pondremos como ejemplo IHRA (International Harm Reduction Association) o CLAT (Grup Igia) Conferencia Latina de Reducción de Daños y Riesgos. Ver también O’Hare et al (1998).

²⁷La utilización de términos como “consumidores de droga” o “centros de tratamiento contra la droga” son síntomas evidentes de la intencionalidad del discurso prohibicionista y biomédico. Qué yo sepa en mi

En el Informe del OEDT podemos encontrar un apartado específico dedicado al análisis de la investigación relacionada con drogas en la Unión Europea, en donde ni tan sólo nombra las metodologías socio antropológicas:

*“En los últimos informes nacionales Reitox (Red europea de información relacionada con las drogas y las drogodependencias), los países europeos notificaron la realización o publicación de más de 350 proyectos de investigación en 2007 y 2008. El Reino Unido comunicó el número más elevado de proyectos de investigación, más de 80, seguido de Alemania y los Países Bajos, con más de 30 cada uno, y la República Checa, Irlanda y Finlandia, que notificaron más de 20. La investigación sobre las respuestas a la situación en materia de drogas ocupó más de un tercio de los últimos estudios, la prevalencia, incidencia y pautas de consumo de drogas ocuparon otro tercio más y un quinto de ellas se dedicaron a las consecuencias del consumo de drogas” (...). En un estudio realizado por la Comisión Europea titulada *Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union*, el suministro de droga también se incluye entre ámbitos menos representados en la investigación actual. El Informe observaba cómo la prevención, los marcos jurídicos y la prohibición constituían igualmente otros ámbitos muy poco representados, mientras que la investigación epidemiológica resultaba más común.” (OED 2009: 26)*

Breve exposición de los indicadores y variables que configuran los datos estadísticos referentes a la cocaína. OED.

Producción, incautaciones, precio y pureza de la cocaína y el crack.

Estimación de la producción mundial (en toneladas), cantidad incautada a escala mundial (en toneladas). Cantidad incautada (en toneladas) en la UE y Noruega (incluidas Croacia y Turquía), Precio medio al por menor (EUR por gramo), Intervalo de pureza media.

Prevalencia del consumo de cocaína en la población general y por sectores poblacionales.

Población general

“Se estima que 4 millones de europeos han consumido esta droga en el último año (una media de 1,2%), aunque nuevamente, se observan variaciones en distintos países. Encuestas nacionales recientes estiman una prevalencia de consumo en el último año que va de 0 a 3,1%, aunque en 18 de los 24 países los niveles de consumo no superan el 1%. La prevalencia estimada del consumo de cocaína en el último mes en Europa se eleva alrededor de un 0,4% de la población adulta, es decir 1,5 millones de personas. Es de suponer que estos cálculos son conservadores.” (OED 2009:69)

Adultos jóvenes

país por lo menos no existen los centros de tratamiento contra la droga) sino servicios de atención a personas con problemas de consumo de drogas (mayoritariamente drogas legales, véase el caso del alcohol en España)”.

“Se estima que en Europa han consumido cocaína al menos una vez en la vida 7,5 millones de adultos jóvenes (15-34) o, lo que es lo mismo una media de 5,6%. Las cifras nacionales oscilan entre el 0,1 y el 12,0%. La media europea para el consumo de cocaína durante el último año dentro de los grupos de edad se estima entre 2,2% (3 millones) y para el último mes en el 0,8% (1 millón). (...)

“El consumo de cocaína también se asocia al consumo de alcohol y a ciertos estilos de vida. Por ejemplo un análisis de los datos de la encuesta sobre delincuencia británica (British Crime survey) 2007/2008 estimaba que el 13,5% de los jóvenes de entre 16 y 24 años que acudieron a un pub en nueve o más ocasiones en el último año, en comparación con el 1,7% de los que no habían acudido a un pub” (...)

“Por otra parte, según una reciente encuesta realizada en Internet entre los fans de la música electrónica en la República Checa, el 30,9% de los encuestados había consumido cocaína.”(OED 2009-71)

Después de haber visto algunos ejemplos y presentar algunas de los datos relacionados con el consumo de la población general y en especial a la de los adultos jóvenes omitiré presentar más datos del mismo informe (los dedicados a la población escolar o a las consecuencias sanitarias del consumo de cocaína) al considerar que la tendencia de análisis continuaría por los mismos derroteros epistemológicos. Creo además que en especial en el apartado dedicado a los jóvenes adultos ha quedado en evidencia la falta de sensibilidad y rigor en: la descripción de tendencias o estilos de vida, percepciones, significaciones juveniles entre muchas otras sutilezas socioculturales, que quedan inadvertidas detrás de mensajes simplistas y generalizadores, resultado del enfoque desagregado de los conjuntos sociales. Esta vez les ha tocado a “pagar el pato” a los “fans de música electrónica de república Checa”, a lo mejor la idea es contratar a antropólogos para estudiar esta nueva subcultura.

La epidemiología según Comelles (1997:4) construye su discurso sobre un sofisticado dispositivo técnico metodológico basado en la demografía, la estadística sanitaria, el registro de las instituciones, la investigación construida sobre las poblaciones institucionalizadas, o investigaciones de campo cuantitativas como son encuestas de salud, también lo hace sobre la experiencia personal y clínica de los profesionales que deriva de la frecuencia de su contacto con ciertas enfermedades. Ambos el clínico y el epidemiólogo trabajan sobre los casos o los procesos asistenciales que entran en contacto con los dispositivos asistenciales, pero la población que no acude a los mismos queda invisible y no pueden ser detectados por las encuestas globales, estos casos según Comelles representan del 70 al 90% de los problemas de salud existentes también en las sociedades desarrolladas. Estos razonamientos explicarían el fracaso de muchas campañas globales de educación para la salud, ya que es a partir de los Informes globales que se elaboran las estrategias de planificación e intervención.

Aunque se ahondado poco en el análisis de los datos estadísticos, me gustaría remarcar que la intención de este artículo es resaltar el papel estructurante del discurso dominante sobre salud y drogas, al mismo tiempo que ubicarlo en las bases

legitimadoras de los métodos y técnicas cuantitativas del enfoque biomédico, que gozan de una posición hegemónica en la investigación centrada en la cuestión del consumo de drogas ilegales²⁸ por motivos ideológicos.

El enfoque cualitativo: algunos ejemplos recientes en España.

Es cierto que los datos macro estadísticos: indicadores asistenciales, casi todos provenientes de centros de tratamiento de drogodependencias públicos, o de encuestas poblacionales específicas y generales de carácter macro, son un dato interesante para la reflexión y el análisis, o por ejemplo para pensar la realidad o hipótesis de investigación cualitativa incluso, pero no es suficiente para abordar con garantías de éxito un enfoque teórico de idiosincrasia holística, ya que excluyen sistemáticamente las construcciones socioculturales imbricadas y que hemos desarrollado con anterioridad en este artículo, así como las potencialidades del enfoque antropológico para subsanar esas ausencias.

Expondré a continuación una breve síntesis de algunos de los trabajos más recientes de enfoque socio antropológico y etnográfico que a nivel local he podido identificar como ejemplos del desarrollo de esta disciplina aplicada al estudio del fenómeno social del consumo de drogas en España principalmente.

En el caso de Cataluña, desde 1999 hasta el 2009²⁹, se ha desarrollado el Observatorio de Nuevos consumos en el ámbito juvenil, (Observatorio etnográfico) uno de los mejor ejemplos del modelo de aproximación cualitativa. Definido como una herramienta de información y utilidad pública y general sobre los jóvenes y su consumo de drogas, también concebido como sistema de información de alerta rápida y herramienta de consulta para técnicos y políticos. El Observatorio basa su producción teórica en la triangulación de datos obtenidos por distintas técnicas cualitativas con el objetivo de recoger gran parte de los aspectos que enumerábamos antes respecto a la dimensión cualitativa del consumo de drogas entre los jóvenes. En su Informe Evolutivo 1999-2005, presenta un breve resumen de los resultados más destacados que nos permiten comprender la significación de muchos de los datos estadísticos y la importancia que tienen estos para analizar o para contrastar los datos cuantitativos de carácter macro-epidemiológico

“Metodológicamente, la idea inicial el Observatorio se inspira en la fase prospectiva de las investigaciones socioantropológicas y en los procedimientos para la obtención de muestras basados en los diseños de cadenas de referencia “bola de nieve” i otras (Birnacki, Waldorf, 1981; Spreen, 1992, Walters y Berniacki,1989). (...) en estas fases preliminares se aplican, más o menos sistemáticamente, y con objetivo prospectivo, diferentes técnicas para localizar y delimitar unidades de observación, para establecer premisas e hipótesis iniciales: sistematización y análisis de la documentación existente, entrevistas abiertas a informantes clave, observación directa, activación de redes para localizar informantes (clave o de otro tipo) así diferentes escenarios de observación.” (Pallarès et al., 2007:14)

²⁸Véase Menéndez, E. (1998) en su discusión sobre la conceptualización y apropiación del concepto “estilo de vida” por las distintas disciplinas citadas.

²⁹La Actividad del Observatorio de Nuevos Consumos en el ámbito Juvenil, cesó por falta de fondos este mismo año.

En el informe de El Observatorio de nuevos consumos en el ámbito juvenil, se describe con meticulosidad el aspecto social, relacional y contextual de los jóvenes en escenarios de ocio nocturno. Los diferentes itinerarios nocturnos que suelen hacer los jóvenes, los diferentes "estilos" (estética o ideología) juveniles, la descripción de las sustancias y formas de consumo, los efectos, los precios, las estrategias de disminución de riesgos, la percepción del mismo riesgo, las consecuencias legales, familiares o de pareja y un largo etcétera de matices socioculturales que permiten un conocimiento más depurado del escenario de los consumos de drogas de los jóvenes en Cataluña. El valor añadido de esta valiosa información radica en el poder de la etnografía para levantar datos de campo en población principalmente oculta, el poder estar allí y contarlo de manera "etnográfica".

"El núcleo del Observatorio son las redes de campo de cada colaborador/investigador (equipos de campo), están formadas por consumidores, usuarios y profesionales del mundo de la noche y por otros relacionados con los jóvenes, el ocio o las drogas. Las redes de mantienen activas todo el año y las personas que las integran informan sobre hechos concretos, fundamentados sobre las áreas o temas de conocimiento respectivas. Así mismo, hay una red de informantes clave configurada como panel. Esta red esta formada por profesionales y expertos que son entrevistados en profundidad una o dos veces al año, según su área de conocimiento o experiencia. Estas redes de campo y de informantes clave aportan el núcleo de la información cualitativa y no estandarizada. Los equipos de campo también realizan observaciones directas en escenarios de interacción (espacios de ocio y sociabilidad) elaborando informes breves" (Pallarès et al., 2007:28).

Otros trabajos y estudios interesantes para ilustrar lo dicho hasta ahora, que utilizan técnicas cualitativas, aunque no necesariamente desde la perspectiva rigurosa de la "etnografía" antropológica³⁰, dedicados al consumo de cocaína son por ejemplo, el Estudio publicado por El Observatorio Vasco de **Drogodependencias; Las atribuciones simbólicas de la cocaína en la población joven consumidora (2007) García del Moral, N.**, donde se presenta un estudio cualitativo en el que el consumo de cocaína se relaciona con los modelos sociales imperantes (individualismo, competitividad, capacidad de consumo-gasto, etc.) y con la aceptación social de la sustancia, ejemplificando la capacidad y potencialidades del análisis entre distintos niveles de la realidad.

"Los datos relativos a la prevalencia de consumo, sin duda, permiten evidenciar el aumento del uso de sustancias estimulantes de todo tipo, entre ellas la cocaína. Este aumento no sólo refleja en nuestra comunidad, sino también en el contexto europeo y español. (...) Y aunque estos datos por sí mismos permiten vislumbrar nuevas tendencias en el mercado de las drogas, resulta necesario ir más allá para responder a las siguientes preguntas: ¿a qué responde esta realidad?, ¿qué ha provocado el aumento y consiguiente cambio de la demanda de las sustancias estimulantes?, ¿qué aspectos relativos a la propia sustancia, a las personas que la

³⁰En el caso de Del Moral y de Martínez y Pallarès, podemos hablar de utilización de "una técnica" cualitativa, no de la combinación de varias ni del trabajo de campo prolongado, por ello no podremos darles la categoría de antropológicas estrictamente, como define Menéndez (2001:154)

consumen o al contexto social son los que han condicionado este aumento y , por ende, el cambio del tipo de sustancia demandada?” (Del Moral 2007:13)

La incorporación de la dimensión diacrónica de la historia y el análisis vinculado a la estructura social macro, son uno de los puntos más interesantes de esta investigación, en relación a los puntos tratados en el artículo.

Otro estudio reciente que aborda cualitativamente el tema del consumo de cocaína entre jóvenes, es ***Entre Rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína (Martínez, D y Pallarès, J.: 2009)*** El estudio racionaliza los diferentes posicionamientos ideológicos de los jóvenes respecto a su percepción hacia el consumo de cocaína a nivel estatal, enriqueciendo la percepción social que se tiene de los jóvenes consumidores o no consumidores.

“La metodología cualitativa aporta luces y matices al conocimiento social difíciles de recoger con otros métodos. Por lo que se refiere al consumo de drogas, las aproximaciones cuantitativas, aunque válidas para otros objetivos, dejan puntos de la realidad social sin explicar, como el valor simbólico del consumo de drogas. En cambio, la metodología cualitativa permite recabar información sobre significados contruidos por los consumidores, para los cuales las drogas son solamente uno más de los aspectos de sus vidas (Grund, Kaplan y de Vries, 1994; Decorte y Slock, 2005). Así, en la presente investigación la metodología cualitativa nos ha permitido aprehender la cosmovisión adolescente sobre la cocaína.” (Martínez y Pallarès 2009:10)

Martínez y Pallarès, hacen una interesante análisis relacional y descripción contextual, la cual nos permite profundizar en la cosmovisión con respecto a la cocaína de los jóvenes, su posicionamiento al respecto, creencias, prácticas, estrategias de reducción de riesgos, pautas de consumo, percepción de los efectos, discursos socialmente compartidos, fuentes de información, etc. Nos encontramos ante otro estudio que también nos permite obtener respuestas al porqué? y el cómo?, de este consumo. Es necesario conocer también cuál es o son las lógicas de funcionamiento y de racionalización de un fenómeno que a parte de tener riesgos para la salud, es un mecanismo potente de socialización y ritual social en determinados contextos o como señala en este estudio, un mero fin instrumental para alcanzar estados de conciencia extraordinaria.

“La aproximación al mundo de la cocaína a partir de las experiencias, de los imaginarios y de los discursos de los adolescentes en contacto o próximos al consumo de cocaína, debe permitir planificar estrategias de prevención adecuadas a la realidad adolescente, puesto que recoge sus miradas y percepciones, Los adolescentes estudiados mantienen posiciones y relaciones distintas respecto al consumo de cocaína, aunque, en su mayoría, hemos dialogado con consumidores de cocaína de tipo recreativo y con algunos que no eran consumidores de cocaína ni de otras drogas ilegales pero que estaban en contacto con consumidores. Además, han participado en los grupos, consumidores de estimulantes como el speed o el MDMA, pero no así de cocaína. Para finalizar, cabe comentar que hemos contactado con adolescentes sin relación alguna con la cocaína.” (Martínez i Pallarès 2009-10)

Los dos autores combaten enérgicamente contra las tendencias de estandarización, homogeneización y estigmatización de los consumidores de cocaína más jóvenes, haciéndonos reflexionar sobre la complejidad que supone hablar de consumo de

drogas y evidenciando la necesidad de buscar respuestas más allá de las abstracciones estadísticas:

“ El uso de del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína) estaba mucho menos extendido, situándose la prevalencia alguna vez en la vida entre 1% y el 5,7% y la prevalencia en los últimos 30 días entre 0,5% y el 2,3% (tabla 1.2.4).

Si se comparan los resultados de las encuestas precedentes, se observa una disminución de la prevalencia de consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, cannabis y cocaína (tabla 1.2.4). Estas dos últimas sustancias son, por otra parte, las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido en los últimos años.” Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta centros de enseñanza secundaria ESTUDES. (2007).

En esta cita queda muy claro como la epidemiología es capaz de meter en el mismo saco, la heroína, el éxtasis o las anfetaminas), ofreciendo unos datos que poco o nada nos dicen de la realidad de nuestros jóvenes. El objetivo último, igual que en los dos informes anteriores es la de legitimar la lucha contra las drogas con cifras esperanzadoras de descenso del consumo.

No podemos no mencionar el trabajo de **Díaz A.(1998), *Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca***, una “densa” y excelente etnografía, tanto por su calidad metodológica como por el ejercicio de contextualización histórica, del consumo de coca y cocaína a nivel mundial que plantea. Desde su publicación hace ya 22 años, su análisis y rigor metodológico han llegado intactos hasta la actualidad.

“El objetivo de este capítulo es señalar y discutir acontecimientos clave para comprender el proceso histórico y aportar elementos que ayudan a contextualizar y comprender algunos de los porqués de la situación actual: y este es su objetivo último.”(Díaz, 1998:41).

El trabajo de Díaz no tan sólo es muy rico en relación al esfuerzo de contextualización histórica sino que plantea un desarrollo metodológico de gran complejidad y calidad.

“La etnografía urbana es una práctica que resulta indispensable si se quiere acceder a un conocimiento directo de la realidad, contrastado y matizado. Esta práctica suele realizarse en unidades micro sociales y, desde un punto de vista metodológico, la búsqueda etnográfica debe ser considerada como estudio de un nivel local (micro-social) que se articula de maneras diversas con otros niveles más generales que pueden denominarse marcos de integración sociocultural. Entre estos marcos socioculturales cabe destacar aquéllos que partiendo de tradiciones familiares o de grupos primarios de relación se entrecruzan con los que son propios de determinadas tradiciones profesionales: las elaboraciones culturales con pretensiones de universalidad: gran parte referidas a la salud, a los usos de determinados productos, a tipos de acción institucional, etc. Estas elaboraciones se difunden de manera prioritaria a través de instituciones escolares, laborales, sanitarias o de los medios de comunicación, entre otros. Tener en cuenta variables básicas como el “medio social” o la “época histórica” en la que viven los actores sociales significa integrar en el análisis, aunque no siempre de manera explícita, todos los marcos de integración sociocultural en los cuales vive inmerso el individuo y que a su vez, contribuye a configurar.” (Díaz, 1998:181)

El trabajo de Díaz nos permite adentrarnos en la realidad y la diversificación del consumo de cocaína en el mundo y sus consecuencias sociosanitarias, aportando datos comparativos (Bolivia, Brasil, Nigeria y Barcelona) pretendiendo ofrecer una visión global de la realidad de los consumos de las distintas modalidades de consumo de coca y cocaína.

La parte de la etnografía de Díaz que refiere a Barcelona concluyó con otra investigación de referencia respecto investigación cualitativa sobre cocaína, es el estudio denominado, ***Las líneas del Éxito (1992) (Díaz, A. Barruti, M. Donzel, C).***

“El punto de partida para la construcción de la tipología fue el resultado obtenido en Barcelona (véase Díaz, Barruti, Donzel, 1992:68.70)y, por ello, fueron tenidas en consideración con especial interés las siguientes características de los entrevistados: derivado de la coca; método de consumo, contexto: lugar, ambiente, actividades e importancia del consumo, razones o motivos; estilo de vida e importancia del consumo en él; existencia o no de grupos de consumo. (...) La tipología articula dos dimensiones básicas: la centralidad o no en la vida de los consumidores y el patrón de consumo. Recoge la interrelación droga-sujeto-contexto: droga (derivado de la coca: patrón de consumo: cantidad, frecuencia y vía de administración); sujeto (motivos, razones, expectativas; porqué para qué); contexto (inmediato, micro; dónde, con quién, rituales y controles informales).” (Díaz 1998:1997).

Creo que han podido salir a la luz, los matices que la etnografía puede ofrecer a la investigación del fenómeno de consumo de drogas y espero que con los ejemplos presentados podamos hacernos una idea de la necesidad de trabajar conjuntamente diferentes enfoques metodológicos referentes al proceso de s/e/a.

A modo de conclusiones

Parece que aunque son muchas las divergencias entre el enfoque antropológico y epidemiológico, sobretudo las provocadas por los distintos roles profesionales y/o identidades institucionales así como por su posición en la escala de prestigio “científico”, debemos apostar por la combinación de ambas para un pertinente acercamiento a la realidad de los fenómenos relacionadas con el *sistema drogas*. Espero haber ofrecido suficientes argumentos para justificar la idoneidad de la aplicación de la Antropología Médica en el estudio del *sistema de las drogas* y de porqué el enfoque cualitativo no goza de un a mayor representación en relación al volumen de investigación destinada al estudio del consumo de drogas, subrayando a modo de conclusión que entre muchas razones las de tipo ideológico tienen un papel destacado. Justamente referir la enfermedad y sobretudo la salud a los condicionantes sociales que operan sobre las mismas constituye la posibilidad inicial de definir una política para la salud y no para la enfermedad.

Rescatando una de las ideas centrales del texto, según Menéndez, la Antropología Médica y la etnografía tienen la capacidad de no ser utilizadas únicamente para el levantamiento de información sino también para la conzientización, acción y participación grupal o comunitaria, más allá de las definiciones, exclusiones o dubitaciones desarrolladas por el sector salud y por el mundo académico biomédico en particular.

Por estas razones, pueden ser de mucho interés, la combinación de la perspectiva socio antropológica con los movimientos y las acciones que se están llevando a cabo para y por la defensa de los derechos de los consumidores de drogas³¹, destacando las actuaciones realizadas en países no desarrollados para mitigar, pese a la adversidad política, los principales efectos negativos de una mala gestión del *sistema drogas*. También las acciones de la sociedad civil en general en busca de respuestas y argumentos relacionados con una política global que cada vez más utiliza el pretexto de la “patologización” de los usuarios de cualquier droga y que estigmatiza especialmente a los consumidores de drogas ilegales, marcando un nuevo camino hacia los modelos de estigmatización de la adicción como enfermedad desde la perspectiva biomédica.

En este campo las Políticas de Reducción de Daños y Riesgos juegan un papel clave en el panorama mundial. Las características ideológicas y prácticas de esta disciplina corren el grave peligro de ser fagocitadas por las redes de atención a la salud estrictamente biomédicas, concretamente con las especializadas en el campo de la Salud Mental. No es el tema de este artículo pero me gustaría terminar dejando entre abierta la puerta del estudio de los mercados negros y de la delincuencia (no sólo de individuos en determinadas circunstancias, sino también de instituciones responsables) generada por la prohibición en último término, así como de las desigualdades de acceso a recursos socio sanitario básicos alrededor del mundo.

Mi intención es simplemente la de estimular el debate frente a la cuestión metodológica del estudio social de los problemas derivados del consumo de drogas y proponer una antropología aplicada al cambio social a favor de la erradicación de las desigualdades sociales en materia de salud. Parece que la tendencia a trabajar y a seguir investigando en pro de un mundo sin drogas continúa intacta y con muy buena salud, por lo tanto creo que desde la Antropología Médica puede fomentarse una actitud por lo menos crítica con el estado de la cuestión actual y más comprometida ya no tanto con lo social sino con lo humanitario.

Referencias bibliográficas

Albert, E. The Production of Stigma by the Disease Model of Addiction. Session 352, IHRA 19' Conference. Liverpool, abril 2010.

³¹ En el caso español: Aparición de Clubs de fumadores de marihuana (por ejemplo “El fum de Reus”), Equipos reducción de riesgos en espacios de ocio nocturno que ofrecen testing de sustancias in-situ (Energy-control y Arsu-Festa), empoderamiento progresivo de asociaciones de consumidores y pacientes (antes afectados o ex-toxicómanos, drogadictos....) son buenos e innovadores ejemplos de movilización civil pro los derechos de los consumidores de drogas.

- Baulenas, G., Borràs, T. & Magrí, N. (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. Barcelona: Grup Igia.
- Becker, H. (1964) *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo..
- Borràs, T. et al. (2000). *Asociaciones de usuarios de drogas y grupos afines*. Madrid: CREFAT.
- Calafat, A.Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., y Llopis, J.J.. (2001). "Vida social de la cocaína". En: Francisco Pascual, Meritxell Torres, Amador Calafat (Eds). *Monografía cocaína*. Madrid: *Socidroalcohol*.
- Canals, Josep (1994) La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario. *Jano* (1073): 87-95
- Castel, R. (1997) *La metamorfosis de la cuestión social*. Barcelona. Paidós.
- Comelles, J.M. (1997). De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. En NAYA. <http://www.naya.org.ar/articulos/med01.htm>. 30 junio 2010.
- Díaz, A. (1998). *Hoja, pasta, polvo y cocaína*. Barcelona: Bellaterra.
- Díaz, A. Barruti, M y Doncel, C. (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaína a Barcelona*. Barcelona: Laboratori de Sociología. ICESB i Àrea de Salut Pública Ajuntament de Barcelona.
- Escohotado A. (1994) *Historia de las Drogas*. Madrid: Alianza Editorial.
- García del Moral, N. (coord). (2007) *Las atribuciones simbólicas de la cocaína en la población joven consumidora*. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de drogodependencias.
- .Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2008) Gabinet de Comunicació i Premsa <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/dn1903/drogdanys.pdf> consultat el dia 30 de juny 2010.
- Grup Igia y Cols.. (1998). *Diversificación de los Programas de Intercambio de jeringas*. Barcelona. Grup Igia.
- Grup Igia.y Cols. (2000) *Contextos, Sujetos y Drogas*. Un manual sobre Drogodependencias. Barcelona: FAD y Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona.

- Gloría García Lalinde, Eva Gutiérrez y Luís Morante (2004) *Bola de nieve. Guía para la formación de usuarios-as de drogas como agentes de salud*. Madrid: Grupo GID.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía y métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Husak, D.N. (2001) *Drogas y derechos*. México D.F.: FCE.
- Linsemith, Alfred R. (1968) *Addiction and Opiates*. Chicago : Aldine Publishing Company, cop.
- Martínez, D.P y Pallarès, J. (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida: Milenio.
- Menéndez, E. (2001). De la reflexión Metodológica a las prácticas de investigación *Relaciones* 22 (88) pp.119-164.
- Menéndez, E.L., (1997) El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En la revista *relaciones* n69 1997, 237-272
- Menéndez, E. (1998) Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. Enero-Abril. Hemeroteca virtual ANUIES. En: http://www.hemerodigital.unam.mx/ANUIES/colmex/estud_soc/ene-abr98/estud46/sec_5.html
- Menéndez, E. y Di Pardo, R (2004). Dependencias y Políticas: Los usos técnico/ideológicos del sector salud. *Revista: Fundación Medicina y Humanidades Médicas*.
- Menéndez, E. (2005) El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores. *Revista Salud Colectiva*. 1(1) pg 9-32. Enero-Abril.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en Europa*. Lisboa.
- Observatorio español sobre drogas (2008).Informe 2007. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Hare, P.O. et al. (1992). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.
- Pallares, J. Barruti, M. Díaz, A. (2008). *Metodología e informe evolutivo 1999-2005*. Observatorio nuevos consumos en el ámbito juvenil. Barcelona: Institut Genus.
- Romaní, O. (1997) Etnografía y drogas: Discursos y prácticas. *Revista Nueva Antropología* XVI (53-52) pp.39-66.

- Romaní, O. (1999) *“Las drogas” Sueños y Razones*. Barcelona: Ariel.
- Romaní, O. (2008). “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Revista: SALUD COLECTIVA, Buenos Aires. Septiembre-Diciembre.
- Sepúlveda et al. (2008). *No en la puerta de mi casa”*. Barcelona: Grup Igia. Cuestiones Emergentes.
- UNODC. (2009) Informe Mundial sobre las drogas 2009. Resumen Ejecutivo. Ginebra. En www.unodc.org/documents/data.../EXECUTIVE_SUMMARY_-_SP.pdf. Consultado en 9 julio 2010.
- Usó, J.C. (1996). *Droga y cultura de masas*. España 1855-1995. Madrid: Taurus