

Cuadernos de Antropología Social

Cuadernos de Antropología Social

ISSN: 0327-3776

cuadernosseanso@gmail.com

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Epele, María

La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud

Cuadernos de Antropología Social, núm. 25, 2007, pp. 151-168

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180914246008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud

María Epele*

RESUMEN

Partiendo de los resultados de un estudio etnográfico que he desarrollado en dos barrios pobres del sur del Gran Buenos Aires, en este artículo, examino las consecuencias de la criminalización del consumo de drogas, en los vínculos entre instituciones de salud y usuarios/as de drogas que viven bajo condiciones de pobreza y marginación social. Específicamente, defino y caracterizo la lógica de la sospecha, es decir, aquel conjunto de prácticas simbólicas que incluye desde la duda, la desconfianza, la sospecha, la modificación del significado de los mensajes, la dificultad de fijar la intencionalidad del interlocutor hasta la elaboración de teorías sobre planes de aniquilación de determinados grupos sociales. Partiendo del análisis de una dispersión de experiencias, narraciones, posiciones, actitudes y elaboraciones, en este trabajo examino a la sospecha que estructura esta lógica como una barrera entre los usuarios/as de drogas y las instituciones de salud.

Palabras Clave: Uso de drogas, Criminalización, Sospecha, Barreras de acceso, Vulnerabilidad.

ABSTRACT

Based on the results of the ethnographic research that I carried out in two shantytowns located in the Greater Buenos Aires, in this paper, I exam the criminalization of drug use and its multiples consequences on the bonds between Health Institutions and poor and marginalized drug users. Specifically, I define and characterize what I named “the logic of suspicion”. This logic refers to a diverse set of symbolic practices that include the following: doubt, distrust,

* Doctora en Antropología UBA. Investigadora del CONICET. Profesora de la UBA. Integrante del Programa Antropología y Salud, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Dirección electrónica: epele@netverk.com.ar. Fecha de realización: noviembre de 2006. Fecha de entrega: noviembre de 2006. Fecha de aprobación: junio de 2007.

suspicion, changes of the meaning of messages from state institutions, difficulties on determine the intentionality of the other people and the construction of theories about annihilation plans. By analyzing drug users experiences, narratives, positions, attitudes and constructions, in this article I interpret the logic of suspicion as a barrier that regulates the gap and types of bonds between drug users and health institutions.

Key Words: Drug use, Criminalization, Suspicion, Barriers, Vulnerability

RESUMO

A partir dos resultados de um estudo etnográfico que desenvolvi em dois bairros carentes do sul do Grande Buenos Aires, examino neste artigo as conseqüências da criminalização do consumo de drogas, nos vínculos entre instituições de saúde e usuários/as de drogas que vivem em condições de pobreza e de marginalidade social. Especificamente, defino e caracterizo a lógica da suspeita. Isto é, aquele conjunto de práticas simbólicas que inclui tanto a dúvida, a desconfiança, a suspeita, a mudança da significação das mensagens, a dificuldade de fixar a intencionalidade do interlocutor, quanto a elaboração de teorias a respeito de planos de aniquilação de determinados grupos sociais. A partir da análise da dispersão de experiências, narrativas, posições, atitudes e elaborações, proponho que a suspeita que estrutura esta lógica, é uma das barreiras mais importantes entre os usuários/as de drogas e as instituições de saúde.

Palavras-chave: Uso de drogas, Criminalização, Suspeita, Barreiras de acesso, Vulnerabilidade

La llegada y la rápida propagación del “paco”¹ ha irrumpido en los medios de comunicación masiva como un “problema social y sanitario”, tanto por el acelerado deterioro del estado de salud que implica su consumo como por su asociación con el incremento de las cifras de muerte-joven en los asentamientos, monoblocks y barrios empobrecidos del Gran Buenos Aires (Elustondo, 2005). Conjuntamente con la rápida propagación del “paco”, sin embargo, ha quedado al descubierto el vacío, la negligencia, y la ineficiencia de las instituciones de salud respecto a esta problemática. Las consecuencias del consumo del “paco” han puesto en evidencia las profundas heridas y graves secuelas que la criminalización del uso de drogas ha dejado en aquellos contextos marcados por el crecimiento abrupto de la desigualdad, de la pobreza y de la exclusión social.

Desde esta perspectiva, el objetivo general de este trabajo consiste en examinar los modos en que el proceso de criminalización genera malestares,

profundiza la vulnerabilidad, compromete la supervivencia y define barreras específicas en el proceso de atención de salud de aquellos usuarios de drogas que viven bajo condiciones de marginación social (Epele, 2003). Partiendo de los resultados del estudio etnográfico que he llevado a cabo en dos barrios pobres del sur del gran Buenos Aires (2001-2004), en este artículo examino una forma específica de barreras de acceso a las instituciones y al sistema de atención de la salud. A través del análisis de las experiencias, posiciones y perspectivas de los usuarios/as de drogas no institucionalizados, en este trabajo defino y analizo la lógica de la sospecha, es decir, aquel conjunto heteróclito de prácticas simbólicas que definen las propiedades de los vínculos y las posiciones entre los usuarios/as de drogas y las Instituciones del estado, particularmente las de salud. Operando a través de un desdoblamiento de la realidad entre lo aparente y lo oculto, la lógica de la sospecha incluye un conjunto complejo y variado de prácticas simbólicas: la desconfianza, la duda, la sospecha, el deslizamiento y la inversión del significado en la lectura de los mensajes, y la producción de elaboraciones y teorías sobre los orígenes de los males, enfermedades y muertes. En lugar de entenderlas como pensamiento descorporeizado y así reforzar la dicotomía simbólico-material, estas prácticas simbólicas devienen corporales, no sólo porque incluyen posiciones, emociones, distancias, actividades de reparación o deterioro, sino que esconden en su rutina cotidiana, la historia de daños, abusos y quiebres sociales que han trazado su producción.

Incluyendo otros ejemplos en otros contextos sociales y otros países (Connors, 1995), el argumento central de este trabajo consiste en que tanto en aquellas prácticas rutinarias de desconfianza y sospecha como en las teorías extremas sobre planes y complotos de aniquilación, la conformación de la lógica de la sospecha se convierte en un indicador claro de que la fractura y la fragmentación de la sociedad se ha completado. En este sentido, el reconocimiento de esta lógica como barrera, implica ampliar esta categoría hasta incluir procesos sociales complejos, que exceden las tradicionales nociones de dificultades económicas, sociales, y geográficas. En el caso del consumo de drogas en poblaciones vulnerables, esta particular barrera se conforma en relación con la creciente desigualdad económico-política y las estrategias de criminalización del uso de drogas y de la pobreza. Así, este conjunto de prácticas simbólicas han conformado una lógica al ritmo de la acumulación de experiencias de desigualdad social, del enfermar y del morir-joven, como también de los modos abusivos en que la ley y la justicia son ejercidas en estos escenarios sociales (Méndez, 2002; CELS, 2005).

LA LÓGICA DE LA SOSPECHA

La historia reciente de las variaciones en las prácticas de consumo de drogas en poblaciones pobres y marginalizadas del sur del Gran Buenos Aires, no puede disociarse de las consecuencias de las reformas económicas y políticas que han modificado las condiciones de vida de la mayor parte de estas poblaciones en las últimas décadas (Epele, 2003). Debido a su posición geopolítica, Argentina ha quedado excluida del mercado de los opiáceos, específicamente de la heroína. Por esta razón., la cocaína se convierte en la droga paradigmática para entender los modos de articulación entre cambios estructurales, modificaciones en las prácticas de consumo de drogas y en la vulnerabilidad. Si bien, las estadísticas existentes en nuestro país, escasas y parciales, indican el consumo de una gran variedad de sustancias psicoactivas (cocaína, psicofármacos, éxtasis, diverso tipo de drogas sintéticas, morfina, LSD, etc.), esta diversidad se ve restringida en aquellos contextos de consumo en poblaciones pobres y marginalizadas. En estos escenarios, antes dominados por la cocaína, la marihuana y diversos tipos de psicofármacos, la droga más representativa en la actualidad es el llamado “paco”.

En el trabajo de campo con usuarios/as activos de drogas en dos barrios del sur del Gran Buenos Aires, el proceso de documentación de los cambios en las prácticas de consumo de drogas estuvo acompañado, desde un principio, con la narración y descripción de una multiplicidad de experiencias de malestar, enfermedad y muerte de jóvenes usuarios/as de drogas durante las últimas décadas. En las entrevistas, conversaciones informales y observación participante que lleve a cabo con jóvenes usuarios/as ex usuarios/as no institucionalizados registré numerosas narraciones de experiencias y elaboraciones en las que la sospecha y la desconfianza estructuran los vínculos las instituciones estatales y de salud en particular.

Primeramente, la desconfianza más generalizada entre los usuarios intensivos de drogas está basada, por supuesto, en la criminalización del consumo. Es decir, ellos afirman que no acuden a los centros de atención de salud, porque estos van a denunciar el uso de drogas, y por lo tanto se transforman en semejantes tanto a la policía como a la justicia, y en este sentido, actúan, tarde o temprano, en conjunto. Sin embargo, aunque no de carácter tan generalizado, he podido documentar todo un conjunto de experiencias y afirmaciones que hablan de los posicionamientos de los usuarios/as con representantes e instituciones de la sociedad dominante en general.

—Algunos usuarios y ex usuarios han tenido experiencias y afirman que en ciertos centros de salud y hospitales han llevado a cabo prácticas curativas abusivas (por ejemplo de abscesos sin anestesia), y los profesionales han indagado si el consumo de drogas es actual o del pasado con el objetivo de ser obligados a hacer tratamientos.

—Ciertos usuarios/as dicen que la medicación que reciben en los Centros de Salud es “para pobres” y no tiene el mismo efecto, o tiene efectos secundarios que carece la consumida por el resto de población.

—Otros usuarios con historias prolongadas de consumo o ex usuarios, refieren que cuando empezó la epidemia del SIDA, no sólo no informaron a los usuarios/as por vía inyectable sino que los “dejaron morir”, porque eran pobres y marginales.

—Algunos dicen que en determinados lugares reparten jeringas para hacer que otra vez los jóvenes se inyecten.

—En otras ocasiones, narran que los cambios en la pureza y toxicidad de la cocaína en los noventa en los barrios pobres del sur del conurbano era realizado de modo intencional, con el objetivo de producir diversos daños, lesiones y sobredosis.

—En ocasiones dicen que la distribución de drogas en los sectores más pobres de la población es parte de un plan para que las fuerzas policiales puedan perseguirlos, encarcelarlos y matarlos.

—Otros dicen que los políticos introdujeron la droga para que los jóvenes no puedan pensar y los puedan controlar.

—Algunos consideran a los pastores evangélicos como encargados de lavar el cerebro a los jóvenes pobres que usan drogas.

—La misma estrategia por la que la policía logra hacer “trabajo encubierto” para arrestar a grupos de usuarios y vendedores del barrio, ha sido utilizada para ingresar las enfermedades infecciosas (SIDA, hepatitis) de modo intencional.

—En ocasiones afirman que cuando hay retraso o faltante en la medicación antiretroviral es porque los funcionarios se la roban.

—También afirman que cuando son obligados a ingresar en tratamientos y granjas con internación, es para que los que dirigen estas organizaciones hagan un negocio y se queden con el dinero de las becas del estado.

— La mayoría de los usuarios, sostienen que el “paco”, o pasta base, es parte de un plan de aniquilación de los jóvenes pobres.

—Algunos usuarios refieren que las campañas antidrogas tienen el objetivo oculto de hacer propaganda a determinadas drogas, por ejemplo,

fueron utilizadas para la introducción de la cocaína y el paco.

Tanto en la narración de las experiencias particulares como en la expresión de estas afirmaciones, los/as jóvenes señalan no sólo sus relaciones conflictivas con el sistema de salud, sino también, sus elaboraciones y teorías en las que la sospecha y la desconfianza definen los vínculos en general con las instituciones de la sociedad dominante. Más aún, con estas elaboraciones denuncian la participación directa y/o indirecta de las instituciones estatales en el proceso de enfermedad y/o morir de los jóvenes pobres. Particularmente, en el trabajo de campo con usuarios de pasta base en el vecindario que he denominado “la Cantera”, las descripciones de las características del consumo de esta sustancia están combinadas con una teoría, sostenida por la mayoría de los usuarios, por la que la introducción de esta droga es entendida como parte de un plan organizado para aniquilar y exterminar los jóvenes pobres.

Aunque escuchadas una y otra vez, estas afirmaciones y teorías de sesgo conspirativo, devienen, en un primer momento y para aquellos que tienen cierta relación con estos usuarios, en elaboraciones desechables por su carácter ilógico e irracional. La definición de estas elaboraciones como ficciones, resulta de la aplicación de la perspectiva epistemológica realista tradicional cuyas implicaciones morales supone la innegable “realidad” del carácter auto-inflingido del consumo de esta sustancia y por lo tanto de los daños y de las consecuencias que produce individual y socialmente. Lejos de ser una producción desechable, sin embargo, este tipo de teorías de complot y planes de destrucción de ciertos grupos sociales indica una dimensión de la experiencia, de gran importancia para la definición de las barreras existentes entre un conjunto social minoritario y las instituciones de salud (servicios, mensajes preventivos, y prescripciones) de la sociedad dominante.

En este sentido, este tipo de interpretaciones y explicaciones producidas por las poblaciones vulnerables (minorías étnicas, grupos marginalizados, clases oprimidas, etc.) sobre las experiencias de deterioro, destrucción y muerte, han sido documentadas en diversas oportunidades, específicamente en relación a la epidemia del VIH-SIDA. Este es el caso de las teorías que surgieron en Haití y África, que señalan que el VIH es un virus creado para destruir el Tercer Mundo (Farmer 1992). Sin embargo, y como señala Connors (1995), estas teorías no fueron producto de la epidemia. El SIDA, sólo puso en evidencia las profundas consecuencias y las fracturas en los vínculos con las instituciones dominantes, que los procesos de discriminación, persecución e intervención durante décadas o incluso siglos, han tenido en determinadas poblaciones. Estos

procesos reflejan, en algunos casos, la captura en la memoria social de ciertas intervenciones biomédicas, que como el proyecto Tuskegee en la minoría africana-americana han implicado estrategias de experimentación con consecuencia para la salud, la supervivencia y el ejercicio de los derechos humanos de ciertas poblaciones. Este tipo de teorías que denuncian complots para la destrucción de determinados grupos sociales y minorías, también se han documentado en los americanos-nativos y africanos respecto a los procedimientos de testeo de vacunas y otros productos farmacéuticos (Connors, 1995).

No obstante, el radio de producción de estas interpretaciones se extiende mucho más allá de aquellos grupos y poblaciones vulnerables con historia de intervenciones biomédicas directas de tipo experimental. Como “leyendas urbanas”, metáforas y/o realidades, encontramos desde las teorías sobre el robo de niños pobres para el mercado negro de tráfico de órganos y/o de personas (Scheper-Hughes, 1992), la desconfianza sobre el grado de eficacia curativa y preventiva de servicios de atención médica y de medicamentos de “segunda categoría para pobres” en Brasil (Goldstein, 2003), hasta la acción deliberada y/o habilitación de prácticas policiales abusivas, y en ocasiones, letales, con jóvenes de conjuntos pobres de determinados barrios y áreas urbanas del Tercer y Primer Mundo (Méndez, 2002).

Analizar estas elaboraciones, no supone afirmar el contenido de las mismas como una realidad empírica a corroborar o refutar. Implica reconocer, en el proceso de emergencia de estas teorías, un indicador de los niveles de daño que las experiencias reiteradas de malestar, enfermedad y muerte han tenido de generación en generación en conjuntos sociales oprimidos. Estas experiencias, entonces, devienen en bases por medio de las cuáles se traza la sospecha como modelo paradigmático de relación con las instituciones estatales en general y de salud en particular, y que sólo en ciertas ocasiones, adoptan la estructura extrema de complot para la aniquilación y el genocidio encubierto.

Cuando nos preguntamos sobre barreras y accesibilidad al sistema de salud, generalmente nuestra mirada se dirige a la disponibilidad de información, las distancias sociales y simbólicas, los medios económicos y geográficos de acceso. Aún en aquellos modelos de salud pública que en la actualidad incorporan la desigualdad y las condiciones estructurales como paradigma para establecer los programas preventivos y de intervención en salud, sólo en contadas ocasiones, se incluyen las formas en que la violencia cotidiana erosiona las bases de la realidad social compartida y las características de los vínculos entre grupos minoritarios y los representantes de las instituciones de la sociedad dominante.

Al considerar estas afirmaciones y elaboraciones, la noción misma de barreras en el acceso requiere ser revisada, más específicamente en aquellas prácticas sociales que como el consumo de drogas no sólo están sometidas a procesos de criminalización sino son estigmatizadas, sancionadas socialmente y por lo tanto promueven prácticas activas de discriminación y expulsión.

La sospecha y la desconfianza, ya sea como elementos aislados y parciales u organizados en términos de una narrativa de complot, pueden ser formuladas como las bases de una de las más importantes barreras entre los usuarios intensivos de drogas y las instituciones de salud. Por lo tanto, el análisis de las barreras de acceso al sistema de salud para usuarios intensivos de drogas de poblaciones pobres, sólo puede llevarse a cabo en relación con el proceso de criminalización del consumo y de las lógicas de opresión políticas-económicas que estos conjuntos sociales padecen rutinariamente en su vida cotidiana. En los contextos cotidianos, los usuarios viven en constante amenaza, persecución y diversos peligros por el hecho de ser consumidores de drogas, entre otras cosas. En este sentido, los obstáculos, dificultades y distancias sociales al ser subsumidos dentro de una lógica de la sospecha no se pueden considerar ya como factores externos, al contrario, devienen en propiedades de los vínculos sociales mismos.

La lógica de la sospecha tiene propiedades particulares. En primer lugar, supone un desdoblamiento de la realidad entre lo aparente y lo oculto. Este desdoblamiento implica un posicionamiento por el cual lo que se ofrece a la mirada no es lo que parece, el significado aparente de los mensajes no expresa el sentido, la intención y el objetivo real de lo que se comunica, y las diferencias aparentes entre personas e instituciones esconden una identidad o semejanza oculta. A su vez, esta lógica incluye un conjunto complejo y variado de prácticas simbólicas: la desconfianza, la duda, la sospecha, el deslizamiento y la inversión del significado en la lectura de los mensajes, y la producción de elaboraciones y teorías sobre los orígenes de los malestares, enfermedad y muertes. Es decir, esta lógica supone procedimientos, inferencias, asociaciones y vínculos que no están legitimados desde la lógica normativa (sostenida desde el principio de la identidad y no contradicción), y que por esta razón, son considerados erróneos, forzados y distorsionados, lo que promueve la desautorización de las narrativas y de los actores que los enuncian. Por último, esta lógica integra también posiciones (rechazo, distancia, ocultamiento.), actitudes (sometimiento, hostilidad, etc.) y prácticas de cuidado auto-referenciales o de terceros, alternativas al sistema de salud.

Por ello, cuando la sospecha y la desconfianza están orientadas hacia las instituciones del estado y particularmente a las de salud, y más aún cuando adopta la estructura de un complot de aniquilación, se desdibuja su figura de barrera. Esto se debe al proceso de desmentida que esta lógica promueve, bien por considerarla como una caricatura de pensamiento, o en otros, como un efecto secundario y paranoide del uso intensivo de drogas.

Ya sea como afirmaciones aisladas u organizadas bajo la forma de complots, ya sea que representen realidades, metáforas o ingresen dentro de la categoría de leyenda, esta lógica de la sospecha no sólo denuncia los roles de las instituciones y agentes, y explica las razones de vulnerabilidad, sino también regula las posiciones y actitudes de los usuarios/as con respecto a las instituciones estatales y de salud.

De acuerdo a los resultados de la investigación, la sospecha y la desconfianza que atraviesan los vínculos y definen las barreras entre usuarios/as de drogas con las instituciones de salud pueden ser sistematizadas en las siguientes dimensiones:

- Postergación y/o Rechazo a recurrir a los centros de atención de la salud, frente a malestares, enfermedades y/o situaciones críticas.

- Negación y ocultamiento del hecho de ser consumidores de drogas frente a los profesionales de salud.

- Desarrollo de prácticas o sistemas de prácticas de cuidado o curación, auto-referenciales o llevadas a cabo por terceros.

- Transmisión de las experiencias y fortalecimiento de los vínculos entre usuarios para la resolución de emergencias y problemas de salud, alternativas al sistema de atención de salud estatal.

- Rechazo e incluso modificación del sentido de mensajes, prácticas y campañas preventivas, de cuidado y de atención ligados a las instituciones de salud-enfermedad.

HISTORIA DE LA PRODUCCIÓN DE LA LÓGICA DE LA SOSPECHA

¿Cuáles han sido los modos de producción socio-históricos de esta lógica de la Sospecha? ¿Qué características tienen los contextos de formación de las experiencias, de las teorías, las brechas y las barreras entre los jóvenes usuarios/as y las instituciones estatales y de salud en particular? En los apartados siguientes, presento las características de los contextos sociales, los patrones de consumo de dro-

gas y ciertas experiencias paradigmáticas de la constitución de esta lógica, organizados en tres períodos analíticos: década del ochenta e inicio de los noventa; década de los noventa, y fines de los noventa, colapso del 2001-2002 y poscolapso.

LA PRÁCTICA DE LA INYECCIÓN: DÉCADA DE LOS OCHENTA E INICIOS DE LOS NOVENTA

Desde la llegada de la cocaína a los barrios y asentamientos pobres del sur del Gran Buenos Aires, hace más de dos décadas atrás, se han producido múltiples transformaciones en los tipos y calidad de sustancias consumidas, las prácticas de consumo, el grado de extensión de su uso y las estrategias de criminalización y represión policial del consumo y de los usuarios (Epele, 2003). De este modo, y en la década de los ochenta, las prácticas de consumo tenían las siguientes características: acceso restringido a las sustancias, cocaína de alto grado de pureza, y dominancia en el consumo por vía inyectable. Las redes sociales de usuarios de drogas tenían un gran número de miembros, una estructuración jerárquica y si bien tenían referencias territoriales específicas, es decir, barrios o zonas de barrios, se registraban diferentes tipos de contactos entre redes de diferentes vecindarios. Las fuerzas policiales tenían bajos niveles de penetrabilidad en aquellas áreas donde se registraba el consumo más intensivo. El acceso a las sustancias, específicamente a la cocaína, dependía de contactos y relaciones entre personas. En este sentido, los vínculos sociales regulaban el acceso a las sustancias, los modos de consumo y la disponibilidad de los materiales de inyección específicamente las jeringas.

Si bien, en Argentina la legislación habilita la compra de jeringas en las farmacias, sin que se requiera prescripción médica para tal fin, de acuerdo a los propios actores sociales, el acceso a las jeringas estaba restringido por el estigma y la discriminación que acompañaba al hecho de ser pobre y sospechado de ser usuario de drogas. Las narraciones señalan las experiencias de no sólo discriminación activa y denuncias ocasionales, en las que frente al intento de compra de jeringas en farmacias podía suscitarse desde el ser empujado fuera del negocio, hasta la llegada de la policía y arrestos como respuesta a la denuncia de empleados. Además de la escasez de recursos económicos, estas prácticas que condicionaban el acceso a las jeringas, fueron definiendo tanto códigos de acceso al material seguro (específicamente en determinadas farmacias donde era posible adquirir psicofármacos sin prescripción médica), como también formas complejas y diversas de provisión y de intercambio de los materiales entre usuarios/as. Por lo tanto en el consumo inyectable de drogas, el proceso de compartir jeringas puede considerarse como una solución de compromiso entre las consecuencias de la ilegalidad,

la persecución y la escasez de recursos como también el fortalecimiento de los vínculos entre las redes y el progresivo ocultamiento y autoexclusión de los usuarios/as de espacios de visibilidad y peligro.

Ya en estos primeros momentos en que el consumo intensivo de drogas comenzó a registrarse como un fenómeno cada vez más frecuente entre jóvenes de clase baja y trabajadora, ciertas experiencias en centros de salud y hospitales y su transmisión en las redes de usuarios, fueron modelando las expectativas respecto de las posibles posiciones, actitudes y prácticas de los profesionales e instituciones. Una de las situaciones típicas narradas por los entrevistados, que refiere a los primeros tiempos en que se estabilizó el consumo de drogas, era la demanda y la curación de abscesos producidos por la inyección intensiva y/o el uso de material de inyección en condiciones no higiénicas o inadecuadas. Los dolores y peligros de estos procesos infecciosos, hacían necesario y urgente la atención médica. De acuerdo a los/as usuarios/as y ex usuarios/as, sin embargo, las prácticas curativas adoptaban, frecuentemente, características no sólo discriminantes sino claramente abusivas. De modo semejante a los casos de aborto, en ocasiones se llevaban a cabo curaciones sin anestesia y con comentarios que culpabilizaban a los pacientes de los orígenes de las infecciones.

Si bien, sólo determinados profesionales, en determinados servicios y guardias llevaban a cabo estas prácticas abusivas, la circulación de estas experiencias entre los mismos usuarios/as, comenzaron a trazar y reconocer la existencia de una brecha entre las instituciones de salud y los usuarios/as de drogas. Del mismo modo, se comenzó a identificar a ciertos profesionales, servicios y centros, generalmente uno pocos, como aquellos a los que se podía recurrir frente a una emergencia de salud, sin la incertidumbre de la amenaza y/o el desarrollo de prácticas abusivas.

Desde los primeros momentos, la brecha existente entre los usuarios de drogas pobres y los servicios de atención de la salud, estuvo definida principalmente por el miedo, la amenaza, el peligro de la “denuncia” por parte de los profesionales de salud sobre el consumo de sustancias ilegales. La posibilidad misma del desarrollo de estos y otros abusos está directamente relacionada con el hecho de que el consumo de drogas es penalizado, por lo que los usuarios están sujetos a una reducción de sus derechos sociales y legales. No obstante, el grado de criminalización y de represión en el curso de los ochenta y principios de los noventa era menor que en la actualidad. En primer lugar, el uso de drogas no era visto como un “problema social” generalizado ni estaba asociado a los discursos oficiales de “seguridad” del presente. En segundo lugar, las

estrategias para obtener recursos de los usuarios todavía tenían un mayor grado de movilidad entre las economías formales, informales, legales e ilegales, que luego y como consecuencias de las reformas económicas de los noventa, se harían más dependientes sino exclusivas del ámbito de la ilegalidad.

Por lo tanto, estas experiencias-tipo referidas al uso de drogas en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, fueron conformando un acervo de saber compartido, transmitidos en las redes de usuarios, que definieron progresivamente mapas de circulación de los espacios urbanos e instituciones, de tránsito y de evitación, de participación y de exclusión, de aceptación y de peligro. Estos mapas, en un principio, suponían una dinámica de movilidad social y territorial, que excedían los límites de las redes locales de usuarios/as, los límites del barrio y de clase social, es decir, suponían formas de integración social que progresivamente se fueron desmantelando con la profundización de la pobreza y de la exclusión social.

LA CONSTITUCIÓN DEL DISPOSITIVO POLICIAL-JUDICIAL-SANITARIO. DÉCADA DE LOS NOVENTA

La rápida propagación de la cocaína en los barrios pobres del sur del gran Buenos Aires que acompañó las reformas económicas al principio de los noventa, implicó cambios en las características de las sustancias, del acceso y de las prácticas de consumo de drogas. Esta situación no sólo facilitó la accesibilidad y la propagación del consumo, sino que la cocaína accesible “para pobres” vio reducida su pureza, haciendo en cierto grado imprevisible su grado de toxicidad y por lo tanto, los problemas de salud asociados. Fue recién con la aparición de los primeros casos de VIH-SIDA, entre usuarios de drogas por vía inyectable sus parejas e hijos, cuando el grado de extensión de consumo de drogas quedó en evidencia tanto para los profesionales de la salud como para los programas encargados de responder a la emergencia instalada por la epidemia.

Conjuntamente con la expansión de la infección y muerte por SIDA entre los usuarios de drogas, no sólo se modificaron progresivamente las prácticas de uso sino también que este “encuentro forzado” entre instituciones de salud y usuarios/as de drogas-pobres adoptaría ya un patrón diferenciado. De acuerdo a las narrativas de los propios usuarios y ex usuarios sobrevivientes de aquella época, la muerte –en cadena– de la mayoría de los usuarios de drogas por vía inyectable que vivían en barrios pobres del sur del Gran Buenos Aires, les hizo conocer las consecuencias de la epidemia del VIH-SIDA a través de

enfermar y morir, con la ausencia completa de programas e intervenciones preventivas en los vecindarios más vulnerables. Este modo de presentación de la epidemia, produjo no sólo una estrecha asociación entre inyección y SIDA, sino un cambio progresivo, entre los usuarios/as más jóvenes, desde la inyección hacia la inhalación.

Aún considerando la falta de información y de programas preventivos, desde los primeros momentos de la epidemia, las crónicas de las condiciones en que la infección y la muerte por SIDA afectaron a los usuarios de drogas de poblaciones ya vulnerables, no puede disociarse de los procesos de penalización del consumo, de criminalización e incluso de represión policial que, como hemos mencionado anteriormente, ya venían afectando a estos conjuntos sociales. No obstante, las circunstancias particulares del morir del SIDA narradas por los sobrevivientes y testigos señalan las coordenadas sociales específicas que profundizan la vulnerabilidad de los usuarios/as no sólo en el pasado sino también en el presente. En este sentido, dentro de la categoría de las muertes por SIDA, las narraciones redundan en la descripción de: la internación urgente en los días u horas previos a morir, la muerte por SIDA en prisión, el morir en circunstancias violentas debido a la mayor exposición a situaciones de peligro por considerarse ya “jugados” debido a la enfermedad, abortos mal realizados o en condiciones que aceleraron la gravedad de la enfermedad y la muerte, hasta incluso, la sospechas en torno al carácter voluntario o no de ciertas sobredosis entre jóvenes ya infectados.

Si bien, la penalización del consumo o la tenencia para el consumo suponen un proceso judicial que tiende a la rehabilitación –por tratamiento compulsivo– del consumo de drogas, los jóvenes pobres han tenido una mayor exposición a procesos judiciales más complejos, generalmente por su pertenencia a determinada clase social (la progresiva criminalización de la pobreza) y a su participación directa o indirecta en actividades ilegales. En ocasiones, por ejemplo, del reporte –prescripto por ley– de heridas de arma blanca o de bala que tenían los usuarios corroboraron y promovieron esta visión de los centros de salud como bocas de control, de criminalización y de represión.

Conjuntamente con la sanción de la ley de estupefacientes en 1989 y la rápida expansión de la cocaína en los noventa, se fue desarrollando un complejo dispositivo policial-judicial-sanitario que impone no sólo la prisión sino el tratamiento de rehabilitación compulsiva con internación cuando la persona es acusada de tenencia de estupefacientes para consumo personal, muestra indicios de dependencia física y prefiere la abstinencia a las drogas antes que el

encarcelamiento. Por medio de este dispositivo, no sólo proliferaron los servicios estatales de atención terapéutica, organizaciones no gubernamentales para el tratamiento, y clínicas privadas, sino también un sistema de subvención estatal de becas para la internación de aquellos/as jóvenes cuyo estado de salud lo requiriera. En este sentido, los profesionales de salud mental, psiquiatras y psicólogos, se convirtieron en responsables tanto de los tratamientos de rehabilitación, como también en la función de peritos judiciales, de confirmar o no la intención, el compromiso y el logro de la rehabilitación de la adicción, o de su incumplimiento y por lo tanto, la obligación de cumplir como sentencia alternativa, en prisión.

La llegada de los usuarios/as a este tipo de tratamientos compulsivos se da, generalmente, por vía policial y judicial. Por eso, en los mismos barrios en que he llevado el trabajo de campo, los comentarios y las actitudes de los jóvenes y adolescentes usuarios definían a estas organizaciones como un “gran negocio”, debido a que las mismas trabajaban con subvenciones estatales, cuando la mayoría de los internados no sólo estaban contra su voluntad, gastaban un mínima proporción del estipendio, sino que no dejaban las drogas. Es más, de acuerdo a los usuarios/as algunas de ellas eran consideradas lugares donde se aprendía a combinar drogas y sustituir sustancias (por ejemplo la cocaína por rivotril) que luego, en el barrio, se propagaban con otros usuarios/as como nuevas prácticas de consumo de drogas. En otras ocasiones, familiares, amigos y hasta los mismos usuarios, buscaban desesperadamente la internación, específicamente cuando habían robado o producido agresiones a familiares, amigos y/o vecinos, eran perseguidos por la policía, o estaban en un estado de profundo deterioro de salud. Sin embargo, bajo estas circunstancias de emergencia se presentan diversos obstáculos para poder ingresar al sistema de internaciones, o al menos con la rapidez que la situación lo requiere, con lo que frecuentemente los jóvenes quedan “depositados” en comisarías o en guardias de hospitales psiquiátricos.

En la dinámica de funcionamiento de este dispositivo, los tratamientos de rehabilitación se transformaron en componentes de un engranaje, que por la combinación entre criminalización del uso de drogas y de la pobreza, termina produciendo un conjunto de jóvenes pobres y adictos institucionalizados. Desde la perspectiva de los propios usuarios/as, entonces, la estrategia de protección a desarrollar frente a este dispositivo es la distancia, el ocultamiento y el retiro de cualquier contacto con representantes de las instituciones de la sociedad dominante, a menos que, el conflicto con algunos de ellos,

específicamente la policía o la justicia, promueva la negociación con otros, específicamente aquellos de las internaciones terapéuticas.

Por lo tanto y para aquellos usuarios que desarrollan actividades ilegales, el nivel de ocultamiento y de rechazo a concurrir a los centros de salud asume, en ocasiones, formas extremas. Mientras que la mayoría de los malestares y problemas de salud son resueltos por los propios individuos o por conocidos terceros de modo informal, las heridas de mayor dificultad (de arma blanca o de fuego) implica en algunos casos el “asalto” de las guardias médicas para obligar a los médicos a la atención.

FINES DE LOS NOVENTA, COLAPSO DEL 2001-2002 Y POSCOLAPSO

La llegada del “paco a los barrios pobres y asentamientos del Gran Buenos Aires a finales de los noventa, y su rápida expansión en el curso del nuevo milenio, se correlaciona con el deterioro acelerado de las condiciones de vida, con la devaluación del peso con respecto al dólar que hizo de la cocaína disponible “para pobres” un bien progresivamente poco rentable y por lo tanto en vías de extinción.

Desde la perspectiva de los usuarios/as, particularmente aquellos con historias prolongadas de consumo, esta sustancia presenta grandes diferencias con respecto a la cocaína, incluso aquella disponible para pobres a finales de los noventa. El carácter efímero del flash placentero, la compulsión al consumo, la pérdida abrupta de peso, el deterioro corporal acelerado, los dolores y las enfermedades reiteradas en el sistema respiratorio, trastornos emocionales y de pensamiento, los sentimientos de amenaza y miedo, el encierro y ocultamiento progresivo, los estados de desesperación, accidentes e intentos y/o suicidios, devienen para los usuarios, sus familiares y conocidos no sólo en consecuencias del consumo intensivo del “paco” sino en evidencia de cierta intencionalidad de aniquilación.

De este modo, la sospecha como práctica simbólica y lógica de relación con las instituciones del estado y de salud encuentra su fundamento tanto en las marcas corporales, emocionales y simbólicas que el consumo intensivo de “paco” va dejando en los usuarios y sus redes sociales, como en la progresiva normalización del “morir joven” en las últimas décadas y el incremento acelerado de su frecuencia desde los finales de los noventa en los barrios pobres y asentamientos del Gran Buenos Aires. Es decir, los escenarios sociales a los que arriba la pasta base ya están regulados por un conjunto de procesos

que hicieron la muerte entre adolescentes y jóvenes una experiencia cada vez más ordinaria y esperable.

Los propios actores sociales (usuarios, ex usuarios, vecinos, etc.), narran los complejos modos en que la epidemia del VIH-SIDA, las agresiones y conflictos, la represión policial abusiva, suicidios, abortos, accidentes y muertes en situaciones “dudosas” han convertido a la muerte entre jóvenes y adolescentes en una *tragedia normalizada*. En estos barrios se hace evidente, los modos de concentración de cierto tipo de muertes en determinadas poblaciones vulnerables que de acuerdo a la lectura de las estadísticas parecieran democráticamente distribuidos en toda la sociedad. En el curso de los últimos años el índice de suicidio aumentó de 6,4% a 8,6% desde el 1996 al 2001 y los asesinatos se duplicaron. De este modo y desde los finales de los noventa se ha visto incrementada la muerte de jóvenes y adolescentes entre 14 y 24 años, que los discursos oficiales asocian al alcohol y las drogas, específicamente se ha triplicado la muerte entre 15 y 19 años, siendo el 70 % de las mismas por causas externas (agresiones, accidentes y suicidios) (Elustondo 2005).

Estas cifras sólo muestran un conjunto de experiencias de enfermedad, pérdida y sufrimiento que estas poblaciones vienen padeciendo desde años atrás. En este sentido, la profundización de la pobreza, la desnutrición, y las experiencias reiteradas de muerte de adolescentes y jóvenes de estos barrios, se dan conjuntamente con el desamparo, la negligencia y hasta la participación de ciertas instituciones estatales en su ocurrencia y/o en su falta de reparación. La criminalización y penalización del consumo de drogas, la persecución policial y el arresto, la amenaza de la denuncia, el tratamiento y la rehabilitación compulsiva, son las que han promovido este progresivo pasaje desde la experiencia a la construcción. Es decir, este conjunto de experiencias han promovido un pasaje progresivo entre los usuarios activos de drogas desde la normalización de las expectativas de enfermar y/o morir siendo joven y pobre, hacia la *sospecha* de la existencia de un plan organizado de “hacer morir” a los jóvenes pobres a través de la introducción del consumo de pasta-base.

CONSIDERACIONES FINALES

El reconocimiento de las características y la complejidad de los vínculos entre usuarios/as de drogas y las instituciones estatales y de salud, supone la inclusión de la perspectiva y las experiencias de los propios actores sociales.

Interrogar estos vínculos desde la perspectiva de los usuarios/as supone el reconocimiento de una dispersión heteróclita de experiencias, narraciones, elaboraciones y posicionamientos cuya lógica encuentra a la sospecha como eje de estructuración.

Hablar de lógica, en lugar de representaciones sociales, hace posible suspender la exigencia de someter las producciones simbólicas de los usuarios/as a los criterios epistemológicos de facticidad, y por lo tanto de veracidad, que impone las operaciones de corroboración, desmentida o simple eliminación de estas prácticas y productos como desechos simbólicos. Interrogar sobre la validez, la facticidad y la necesidad de la escucha de estas producciones simbólicas implica perder, a través de una desmentida general, las condiciones y procesos sociales que son denunciados. Implica, específicamente centrarse en el contenido diseccionado de las producciones, en lugar de considerar este contenido como componente de un conjunto de prácticas simbólicas que son parte constitutiva de los vínculos que se establecen entre los usuarios/as y los representantes de las instituciones de la sociedad dominante, y entre ellos los profesionales de salud. La duda, la sospecha, la desconfianza, el deslizamiento e inversión de los significados de los mensajes, y las dificultades en fijar la intencionalidad de los interlocutores, se convierten en una de las barreras más importantes con las instituciones de salud. Estas prácticas simbólicas que se han ido construyendo al ritmo que la desigualdad, la pobreza, la criminalización y la represión, devienen en parte de los procesos de visibilidad y ocultamiento, expulsión y auto exclusión, que han ido definiendo los patrones de vulnerabilidad y morbi-mortalidad de estos conjuntos sociales.

Finalmente, como dispersión que atraviesa diversas áreas de la vida cotidiana, la aproximación de la sospecha como lógica, intenta capturar los complejos circuitos de producción y de reproducción de la fragmentación social y de vulnerabilidad. Es decir, en su trazado, producción, reproducción y progresiva encarnación, es posible develar las múltiples experiencias de pérdida, sufrimiento, engaño y persecución como las estrategias y secretos para su posible desmantelamiento y disolución. Del mismo modo, que esta lógica se ha convertido en parte inherente de los vínculos entre los usuarios/as de drogas y los representantes de las instituciones, sólo a través de las modificaciones de estos vínculos será posible participar en la promoción del bienestar, la salud y la supervivencia de estas poblaciones.

NOTAS

¹ Residuo de la pasta base de cocaína.

BIBLIOGRAFÍA

- CELS (2005). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2005*. Buenos Aires: S.XXI Editores.
- Connors, Margaret (1995). "The Politics of Marginalization: The Appropriation of AIDS Prevention Messages among Injecting Drug Users". *Culture, Medicine and Psychiatry* 19:425-452.
- Elustondo, Gustavo (2005). "La Droga y el alcohol, detrás del 68% de los jóvenes que mueren". *Diario Clarín*, 22 de Mayo del 2005.
- Epele, María (2003). "Changing cocaine consuming practices. Neo-liberalism, HIV-AIDS and Death in an Argentine Shantytown", En: *Substance Use & Misuse*, 38(9), 1181-1207.
- Farmer, Paul (1992). *AIDS and Accusation*. Berkeley, CA. University of California Press.
- Goldstein, Donna (2003). *Laughter out of Place. Race, Class, Violence and Sexuality in a Rio Shantytown*, University of California Press.
- Méndez, Juan (2002). "Problemas de Violencia Ilegal: Una Introducción". En: *La (in)efectividad de la ley y la exclusión en América Latina*. Paidós, Buenos Aires, 31-36.
- Scheper-Hughes, Nancy (1992). *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. University of California Press.
- Thomas, Stephen and Sandra Quin (1991). "The Tuskegee Syphilis Study, 1932 to 1972: Implications for HIV Education and AIDS Risk Education Programs in the Black Community". En: *American Journal of Public Health*, 81 (11), 1498-1505.