

La reducció de riscos, entre l'experiència i els experts

Risk reduction: between experience and the experts

Oriol Romaní

IGIA, Universitat Rovira i Virgili

Resum

En aquest text es planteja la centralitat de l'experiència en la percepció dels riscos i en la seva gestió, a partir de l'anàlisi de la qüestió en el camp de les drogues. Es destaca que no tenir en compte aquesta centralitat com a dada operativa (i no només com a discurs teòric) porta moltes vegades a intervencions inútils (quan no contraproductes) per part dels experts dedicats a la intervenció social. A partir d'una concepció crítica de la reducció de riscos, es proposa la pràctica etnogràfica com a eina que permeti captar l'experiència dinàmica de les poblacions amb les que es vol treballar, per poder identificar amb elles els riscos situats i d'aquesta manera minimitzar els possibles danys de certs consums, així com maximitzar-ne els plaers que es busquen amb ells. Creiem que aquest és un model que es pot aplicar a altres camps de la intervenció social.

Paraules clau: experiència, experts, riscos, salut, reducció de danys en drogues.

Abstract

This article makes a case for the centrality of experience in the perception of risk and its management, analyzing this issue in terms of drug use. It is argued that failure to take the centrality of experience into account as a central operational datum (and not simply as a matter of theory) often leads to expert social interventions that are not only unnecessary but even counterproductive. Taking a critical conception of risk reduction as the point of departure, ethnographic practice is proposed as a tool for capturing the dynamic experience of target populations as a means of helping them identify situated risks in order to minimize potential harms resulting from certain forms of drug consumption, while maximizing the pleasures sought from these practices. It is argued that this model can be applied to other fields of social intervention.

Keywords: experience, experts, risk, health, drug harm reduction.

Hoy el rol de la teoría me parece que es, no tanto formular una teoría sistemática global que mantenga todo en su lugar, sino analizar la especificidad de los mecanismos de poder, para localizar las conexiones y extensiones, para construir poco a poco un conocimiento estratégico. (Foucault 1980)

1. Creences, coneixement i experiència: profans i experts.

Si hem de parlar d'experiència i d'experts, crec que és obligat assenyalar algunes referències teòriques que ens puguin guiar en l'anàlisi del tema que proposo discutir en aquest article. Donat que les relacions entre creences, coneixement i experiència formen part d'una vella discussió central en l'antropologia sociocultural, aquí només destacaré algunes referències bàsiques de les que utilitzo en la meua perspectiva.

Des de Schutz (1974) podem entendre el conjunt de sabers pràctics heretats dels nostres pares i que s'han anat acumulant durant generacions com a *sentit comú*, és a dir, una forma de coneixement en la que hem estat socialitzats que ens permet saber què és el món i situar-nos en ell de manera immediata. És una forma de coneixement intersubjectiu, ja que no prové tant del nostre contacte amb la realitat, com del nostre contacte amb les altres persones que formen part de la nostra societat. Algunes característiques d'aquest sentit comú que m'interessa remarcar aquí serien, a més de l'economia d'energies que representa aquesta actitud de donar per sabudes una sèrie de coses en el dia a dia, la reciprocitat de perspectives que implica, és a dir, el fet de pensar que les coses signifiquen el mateix per a mi que per als altres; i el fet que aquest coneixement, en gran part heretat, m'arriba en tipificacions, que nosaltres podem analitzar com a forma d'accés al món de l'experiència: “el medio tipificador por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano” (Schutz 1974: 44). D'aquí la utilitat de l'estudi de les narratives per accedir a les experiències personals de la gent, que ens poden portar a esbrinar les estructures de significat del món de la vida, ja que cada ú està insert en un context determinat que es transmet a través d'aquestes narratives i que és bàsic tenir en compte per poder-les interpretar.

Evidentment, parlar de societat com ho he estat fent ara mateix és un cert abús de llenguatge, perquè, almenys en les nostres complexes societats contemporànies, construïdes sobre elements molt heterogenis i, per tant, amb experiències de vida també molt diverses de la gent que les compona, existeixen cultures específiques que fan que, més enllà de certs consensos bàsics (certament importants) de com és el món, el que es pot considerar de sentit comú en un grup concret, pot no ser-ho en un altre. És a dir, la nostra experiència depèn de la nostra situació en la societat i per tant, serà diferent segons les nostres adscripcions de gènere, classe, edat, territori, ètnia, professió... és a dir, per a expressar-ho sintèticament, segons la situació que ocupem en l'eix de menys a més poder en ella. La perspectiva de la construcció social de la realitat proposada per Berger i Luckman (1988) ens permet l'anàlisi articulada d'aquestes condicions d'existència, materials i simbòliques, on situar de manera entenedora les experiències de cada ú: “el meu coneixement de la vida quotidiana s'estructura d'acord amb allò que em resulta pertinent, ja sigui a partir dels meus interessos pragmàtics immediats, ja sigui per causa de la meua posició social” (Berger i Luckman 1988: 69). Més en concret, l'anàlisi que fan dels processos d'institucionalització i de legitimació ens mostra el treball social que determinats grups realitzen entorn els universos simbòlics, tan des del punt de vista conceptual com de la organització social, a partir del qual, es poden arribar a establir

unes definicions de la realitat hegemòniques¹ que, a les nostres societats contemporànies, acabaran distingint entre creences, que és allò que té i fa servir el comú de la població, i coneixement en el sentit fort del terme, que és propi dels experts de diferents camps.

Mentre que a diferents societats hi ha una explícita continuïtat entre les creences de la majoria de la població i els coneixements dels especialistes en manipular simbòlicament aquestes creences, una característica de la modernitat i, ara per ara, de les societats que se'n deriven, és precisament la de fer la divisió a la que ens acabem de referir més amunt. El coneixement legitimat socialment com a àmbit dels diferents tipus d'experts requereix un entrenament reconegut socialment, l'ingrés a determinats “cossos” d'especialistes, l'ús d'un llenguatge específic que s'acostuma a caracteritzar per un cert esoterisme, i es basa en una metodologia també específica per a tractar aquell àmbit de coneixement del que l'expert n'és especialista. I el gir epistemològic fonamental d'aquesta posició és, precisament, la negació de la continuïtat entre creences i coneixement: les creences son ideològiques, el coneixement és científic.

Un exemple paradigmàtic d'això seria el cas de la biomedicina, i no dic paradigmàtic perquè sí, si no perquè ha estat el model sobre el que s'han intentat construir altres disciplines del camp humanístic, també productores d'un gran nombre d'experts, com la psicologia o el treball social. A partir sobretot dels grans descobriments en microbiologia de finals del segle XIX, que demostren una gran capacitat d'aplicar-se de manera efectiva a la lluita contra les principals malalties que havien afligit a la humanitat fins aleshores, és a dir, les malalties infeccioses, la medicina occidental te la capacitat d'apropriar-se d'aquests sabers de la biologia per construir un camp professional propi², en el que aquesta ocupa un lloc central, secundaritzant altres formes d'apropament a la realitat de tipus social i humanístic, que també formen part de la seva història³. Aquest desenvolupament de la medicina es basa en una epistemologia positivista, que considera que la ciència pot copsar de manera objectiva la realitat tal com és, només cal tenir els instruments per anar-la a buscar “allà fóra”, la qual cosa permet obviar els components socioculturals i, en definitiva, polítics, que son a la base del sofriment humà. Si a això hi afegim aquella eficàcia a la que ens referíem abans, no és estrany que aquest model mèdic s'hagi desenvolupat com un dels subsistemes importants dins les societats capitalistes⁴.

Aquesta mateixa posició impedeix reconèixer les continuïtats existents entre les diferents cultures de les nostres societats i el sistema mèdic, és a dir, impedeix reconèixer la medicina com una construcció històrica que és, i el llenguatge de la medicina com un dels llenguatges culturals existents en el repertori de la nostra societat. No només en la pràctica mèdica, sinó també en els discursos públics i fins i tot en gran part de la literatura de les disciplines humanístiques, incloses les tradicions socioantropològiques hegemòniques fins no fa massa, es considera que “la gent” te creences que provenen de la seva cultura, i que poden ser equivocades, mentre que nosaltres disposem del coneixement científic objectiu. D'aquesta manera es desconeix que el propi concepte de creença té una història i que fins fa només tres segles, almenys

¹ Aquí introdueixo un concepte aliè a aquests autors que beuen, però, d'algunes de les mateixes fonts bàsiques que permetran elaborar aquest concepte a Gramsci (1970). Més enllà de disquisicions genealògiques, el concepte gramscian em sembla més sofisticat i, per tant, més útil, que el de “veritat oficial” o semblants que utilitzen aquests autors per referir-se a fenòmens similars.

² “Camp” en el sentit que li dona Bourdieu (1999) al terme. Una obra ja clàssica on es pot veure el desenvolupament d'aquesta història és la de Freidson (1978)

³ Veure, al respecte, Comelles i Martínez (1993). Vam desenvolupar aquest esquema aplicat al cas de l'emergència de les drogues a Romaní i Comelles (1991).

⁴ Per ampliar això es pot veure el concepte de Model Mèdic Hegemònic que desenvolupa Menéndez (1990)

en la llengua anglesa, es referia més a una activitat, com per exemple ser lleial envers algú, que no pas a una proposició, en aquest cas creure en alguna cosa sense comprovar-la. Però el més important, i el corollari que m'interessa assenyalar aquí, és que aquest plantejament de la medicina que implica una relació “vertical”, de poder, en relació amb els malalts, impedeix conèixer el significat que el sofriment i la malaltia té per a ells, creant un tall en la comunicació entre l'expert i el profà que acaba incidint en la pròpia eficàcia de la medicina; així com dels altres experts que treballen sota el mateix model, ja que en deixar de banda les narratives dels subjectes, que formarien part de les creences, es bandeja també l'accés a la seva experiència, fonamental en qualsevol dels processos de la vida⁵. Aquest tall entre els experts i les poblacions locals és el que veurem que es dona també en el cas de les formes d'entendre i de gestionar els riscos.

2. L'anàlisi dels riscos

Des d'una definició de diccionari, podríem dir que el risc seria aquella acció o situació a partir de la qual hi ha la probabilitat que, de manera no intencional, se'n puguin derivar determinats aspectes negatius (danys) no desitjats. El problema és que en els seus usos quotidians i més estesos a les nostres societats, el risc té una certa polisèmia, ja que pot ser entès almenys de dues altres maneres diferents a la que acabem d'esmentar: amb ell ens podem referir a les conseqüències negatives d'una determinada acció perillosa, o es pot fer servir com equivalent a perill o dany. Com molt bé ho exemplifica Sepúlveda (2010: 56), “riesgo como peligro o amenaza (por ejemplo, las drogas), una situación o actividad que puede tener consecuencias dañinas (por ejemplo, fumar cigarrillos), riesgo como término para las consecuencias dañinas de un peligro (el riesgo de fumar es el cáncer de pulmón), o más cercano a su significado original, riesgo como probabilidad de la ocurrencia de un (a menudo adverso) resultado (la probabilidad de tener cáncer de pulmón)”. És a dir, hi ha hagut una certa decantació a passar d'una relació de probabilitat a una relació causa-efecte cosa que, com veurem més tard, acostuma a tenir conseqüències pertorbadores, no només en el coneixement del risc com a fenomen social, sinó també en les possibles intervencions que es puguin fer al seu entorn en diferents camps.

El problema, com passa amb tants altres conceptes emprats, tan per les ciències socials com per les que coneixem com a “ciències dures”, és ignorar les arrels històriques i els contextos polítics a través dels que es desenvolupen aquests conceptes. Es tendeix així a la seva naturalització, cosa que provoca força confusions ja que no sabem exactament a què ens referim i, per tant, se'ns fa difícil operar amb això que no acabem de poder copsar⁶.

Les primeres formulacions del concepte de risc que son a l'origen del seu significat actual les podem detectar amb el sorgiment de la salut pública a l'Europa del segle XVIII. Aquesta disciplina, que en aquell context en el que emergeix era més cosa d'enginyers que no de metges, es planteja com a objectiu central la prevenció i, per tant, la detecció dels riscos es converteix en un dels seus elements bàsics. Dins de la òptica positivista en que es va desenvolupant aquesta que pretén ser una ciència objectiva i experimental, es van definint una sèrie de factors de risc, s'estandarditzen per tal de

⁵ Podem veure interessants anàlisis d'aquest contrast entre coneixement i creences en el cas de la medicina als primers capítols dels llibres de Good (1994) - del que n'hi ha edició en castellà: *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Barcelona, Bellaterra, 2003-, i de Martínez (2008).

⁶ Una bona anàlisi de la importància de tenir en compte els contextos de sorgiment històric dels conceptes, dels oblitats del que han significat en altres moments, etc. es troba a Menéndez (2002), especialment als capítols 1 (“Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes”) i 4 (“Usos y desusos de conceptos en Antropología social”).

poder mesurar-los, establir correlacions, etc., tot suposant que aquesta ciència de la prevenció té una validesa universal. Íntimament lligat a la salut pública es desenvolupa un potent instrument d'anàlisi com l'epidemiologia, però una característica derivada de la pròpia metodologia de les anàlisis bioepidemiològiques és precisament l'exigència de desagregar els comportaments individuals del marc on es produeixen, per re-agregar-los segons els protocols utilitzats, a partir de determinats criteris previs que, entre altres finalitats bàsiques, permetin la comparació. Aquesta concepció del risc i la metodologia en la que es basa s'han mostrat incongruents amb molts dels diferents contextos i situacions a les que s'ha volgut aplicar, sobretot per la descontextualització a la que ens acabem de referir i, lligat a la mateixa, perquè acaben reduint a factors individuals fenòmens que no es poden explicar sense tenir en compte la seva dimensió estructural. Aquest problema ha influït en interessants replantejaments de la salut pública i de l'epidemiologia, que se centren en la recuperació de, principalment, els seus components socials⁷.

D'altra banda, els dos àmbits principals sobre els que ha dirigit l'atenció la prevenció des de la salut pública han estat, per un cantó, els riscos ambientals, provinents del funcionament de certes instal·lacions industrials, de l'expansió de productes tòxics, per terra, mar i aire, derivada d'aquell funcionament, d'accidents industrials o de centrals nuclears i també dels efectes de l'escalfament global del planeta, que poca gent seriosa discuteix avui dia; i per altre cantó, el risc derivat de certs “estils de vida”, definits des de la biomedicina com a comportaments característics de certs individus que posarien en perill la seva salut i, en molts casos, la dels demés, com fumar o portar una vida molt sedentària. A partir de les limitacions metodològiques assenyalades al punt anterior, s'acaba operant com si els estils de vida fossin una qüestió purament individual, que han escollit les persones implicades i per solucionar el qual només caldria que aquestes seguissin els consells mèdics canviant els seus comportaments, sense tenir en compte els condicionaments estructurals dins els que els homes i les dones desenvolupen les seves vides, per la qual cosa la prevenció realitzada des d'aquesta perspectiva normalment no funciona.

Des de les ciències socials alguns dels autors que més impacte han tingut amb la conceptualització del risc assenyalen que les societats de la modernitat avançada són societats reflexives (Giddens 1994) que les podem definir com a societats del risc (Beck 1998), i que es caracteritzarien per un gran desenvolupament de la tecnologia, com a manera d'intentar resoldre molts dels problemes socials existents. Però aquest gran desenvolupament de la tecnologia també ha anat posant en evidència el creixement dels riscos inherent al mateix, creant així una consciència de la imprevisibilitat de les possibles conseqüències negatives lligades a aquests riscos. Això ha acabat creant una societat en la que les distincions entre grups socials no es basarien tan en les classes com a tals, sinó en les diferents posicions respecte a les conseqüències negatives dels riscos en qüestió. Com afirma el principal teòric d'aquest corrent: “La fuerza impulsiva de la sociedad de clases se puede resumir en la frase: 'tengo hambre'. Por el contrario, el movimiento que se pone en marcha con la sociedad del riesgo se expresa en la frase 'tengo miedo’” (Beck 2008: 69-70).

Hi ha un conjunt d'autors, entre els que destaquem a Mary Douglas (1996), Douglas i Wildawsky (1982) o Robert Castel (1984), que coincideixen que en totes les societats la construcció social del risc es fa a partir de criteris culturals, morals i polítics. Com veïem abans, en moltes societats tradicionals això es reconeix explícitament, i és a

⁷ És el que trobem, per exemple, en l'anomenada “nova filosofia de la salut pública” de Whitehead M.; Dahlgren G. y Gilson L. (2001), en l'epidemiologia crítica de Brehil (2003), o en l'epidemiologia social de Benach i Muntaner (2005), entre altres.

partir de determinades manipulacions ideològiques, simbòliques, que s'intenten allunyar les males conseqüències dels riscos corresponents. Però a les societats modernes i contemporànies s'intenta revestir aquesta manipulació simbòlica de gestió dels riscos com a discursos experts, que provindrien d'anàlisis científiques i objectives de la realitat i no de posicions ideològiques. El que passa és que quan analitzem el funcionament i els rols socials que juguen aquestes institucions i experts, com hem vist abans amb l'exemple de la biomedicina; les metodologies i els procediments més habituals en els que basen les seves posicions; què signifiquen aquestes posicions en termes de relacions de poder i de capacitat de control social; com, de forma directa o indirecta, contribueixen a alimentar, o combatre (segons el cas), certes visions del món, i altres elements estructurals que condicionen la construcció social del risc, ens trobem amb la presència, molts cops implícita, però no sempre, d'aquells criteris culturals, morals i polítics. En aquest cas, el reconeixement de que aquests criteris impregnen els seus discursos els deslegitimaria en relació al científisme hegemònic a les nostres societats, marc que els dona el seu poder...o almenys ho intenten. Però, com ha quedat palès en el cas de les drogues, el fet de bastir programes de prevenció sobre aquesta barreja de formalisme científista i ideologia (veure, per exemple, Becoña 1999) que queda tan lluny del que viu la gent de manera quotidiana, ha portat al desprestigi de les institucions productores d'aquests discursos als ulls d'aquells/es als qui se suposa que van dirigits, i a la seva inoperància, almenys en termes dels seus objectius explícits⁸.

Un altre corrent d'autores, principalment, com Lupton (1993), Tulloch & Lupton (2003) o O'Malley (2007), que podem situar dins el que és conegut com el constructivisme social postfoucaultà⁹, plantegen que cal situar la gestió del risc en el marc de la governamentalitat, característica de les societats neoliberals contemporànies i que, segons Foucault (2006: 136) consistiria en

...el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política, y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad.

Així doncs, el risc se situaria dins les noves tècniques de control social, ja no tan centrades en les institucions de control coercitiu -malgrat que aquestes continuen tenint importants funcions específiques- sinó sobretot en la gestió de l'estimulació permanent dels desitjos per situar-los en el context del domini il·limitat del mercat i de les ideologies que justifiquen la seva posició dominant a la societat. Des d'aquesta òptica es destaca, doncs, la capacitat activa del risc en les modernes societats neoliberals.

Des d'aquestes últimes posicions s'ha posat en circulació el concepte de "risc situat" (Tulloch i Lupton 2003) que s'ha revelat molt útil per fer emergir el que la ciència objectiva de la prevenció no podia veure, per la manera com ja hem vist que posava al seu centre el tema del risc (Duff 2003). De manera segurament contradictòria amb la pretesa científicitat d'aquesta disciplina, el fet de treballar amb una metodologia centrada en l'establiment de correlacions objectives entre factors de riscos i danys, l'hi ha impossibilitat d'incorporar a l'anàlisi tan els aspectes socio-estructurals on s'arrelen aquests danys i riscos, com tota una sèrie d'altres aspectes fonamentals que configuren el context de la nostra vida quotidiana. Aquests abasten, per exemple, des del sentit

⁸ Perquè aquí es planteja la qüestió dels objectius formals/ informals, de les funcions explícites/ latents, etc. de les institucions, que és tot un tema de molt interès, i l'anàlisi del qual en el camp de les drogues donaria bastant de sí, però que ara no podem abordar.

⁹ Al que alguns hi afegeixen, per si l'etiqueta no fos prou enrevessada, "anglosaxó", ja que els dos principals focus d'aquest tipus de producció teòrica són Austràlia i Anglaterra.

comú imperant als diferents grups socials, fins a l'experiència encarnada en els cossos de cada ú, les diferents qualitats de les relacions, les creences, les emocions, els sentiments, etc. En definitiva, ha estat una metodologia que ha contribuït a simplificar una qüestió molt complexa, tot transformant-la, ja que d'entendre la idea del risc com a probabilitat de que se'n derivin danys, s'ha acabat identificant-lo amb el perill o dany que es vol prevenir.

El concepte de risc situat intenta superar aquesta limitació plantejant que la gent es relaciona amb els riscos que es van presentant en el context de la seva vida quotidiana, assumint-los o no però, en definitiva, la seva manera de relacionar-s'hi formarà part d'aquell conjunt de petites i grans decisions (o, en molts casos, de no-decisions) que es prenen en determinats moments, amb certes companyies, expectatives, raonaments i passions. Des d'aquesta òptica es valoren, doncs, els processos d'elaboració de les decisions a partir d'unes determinades avaluacions de guanys i pèrdues que tenen poc a veure amb l'abstracta i simplista racionalitat de l'*homo economicus*, sinó que es contempen en el context dels subjectes arrelats a un grup social i situats, per tant, en un lloc i un moment històric concrets.

3. La reducció de danys i riscos en el camp de les drogues

Els últims plantejaments que hem vist sobre el tema del risc formen part de la construcció de paradigmes emergents en el camp no només de l'estudi, sinó també de les pràctiques d'intervenció social i de govern, en general. Tal com planteja Rose (2007), des de posicions molt diverses i fins i tot antagòniques políticament, s'ha posat en evidència la crisi de l'Estat del Benestar clàssic, és a dir, aquell centrat en el camp social, tal com va ser definit als tombants dels segles XIX al XX, i que actua per mitjà de les grans agències especialitzades en cada àmbit, amb els seus experts corresponents. Una crítica molt estesa és la de la rigidesa que suposa aquest tipus d'intervenció social, que s'intenta superar a través de la revaloració del rol de la comunitat i de l'individu. A partir d'aquestes constatacions, hi ha uns corrents hegemònics, que són els que plantegen la privatització i el *management* dels serveis socials en general, amb l'argumentació de la major eficiència del mercat, i l'ofensiva dels quals estem patint a la Catalunya del 2012 amb una intensitat desconeguda fins ara; al costat dels esbossos d'alternatives que, reconeixent la necessitat de superar aquesta forma d'Estat del Benestar, subratllen la importància d'allò comú, de l'àmbit públic, per tal de contrarestar l'augment de les desigualtats socials inherents al mercat i fonts de problemes i riscos en el treball, l'estudi, la salut, la vida urbana o molts altres àmbits (veure, per exemple, Subirats *et al.* 2008).

Calia referir-nos a això per entendre el marc en el que es produeix el replantejament de les polítiques de drogues, encara en plena transformació, i en les que emergeix el que coneixem com a reducció de riscos, si ens centrem en la prevenció, o de danys, si ens centrem més en el tractament. Alhora, encara gaudeixen de bona salut altres orientacions paradigmàtiques, centrades en el prohibicionisme i l'abstenció del consum com a eines bàsiques d'aquestes polítiques que, en tot cas, consideren la nova orientació com a una renovació tècnica; ja que la constatació pràctica de que es gasta molt en prevenció (sanitària, social,...) i no s'obtenen els resultats pretesos, és evident per a tothom, independentment de la posició que es tingui¹⁰.

¹⁰ Això de que "es gasta molt en prevenció" és en relació als resultats que produeix, perquè la despesa en prevenció en el camp de les drogues és sempre molt menor que qualsevol altre, com l'assistència, i no cal dir el control de la demanda (tasca policial, vaja...).

No tinc espai aquí per desenvolupar la presentació dels dos models que, articulats de diverses maneres i sota la orientació prohibicionista, son encara hegemònics en la percepció i tractament de les drogues, almenys des del punt de vista institucional: el model penal (la droga -o sigui, només aquelles fiscalitzades per les lleis internacionals- és un delictes) i el model mèdic (el consum de drogues és una malaltia). Aquest paradigma prohibicionista no només ha estat inútil des del punt de vista dels seus pretesos objectius (la protecció de la salut i de la cohesió social) sinó contraproductiu, doncs ha contribuït a la transgressió de drets humans bàsics a molts llocs del món, a la fractura social, a dificultar l'assistència o a l'expansió d'algunes infeccions, com la SIDA¹¹.

Hi ha una sèrie de sectors de professions sanitàries, socials i jurídiques que tracten problemes relacionats amb les drogues en el seu dia a dia que, de manera progressiva i concreta, a partir de les contradiccions observades en els seus llocs de treball, van constatant tots aquests problemes i, juntament amb alguns gestors polítics -sobretot a nivell local- estan en disposició d'escoltar el que els diuen els mateixos usuaris sobre certes pràctiques de risc, per exemple compartir xeringues, que relacionen amb l'aparició d'infeccions, entre elles la SIDA. Això començava a passar a Holanda i a la regió de Liverpool a principis dels vuitanta, i l'alarma lligada a la ràpida expansió del VIH- SIDA va contribuir a fer acceptable una nova orientació en les polítiques de drogues a certs nivells institucionals, a Europa, a finals d'aquella dècada, tal com es pot veure per la declaració del Consell de Ministres de Salut de la Unió Europea del 16-V-1989:

Las políticas de acción para resolver los problemas que resultan del consumo de drogas deberían revisar su objetivo final -abandono del consumo- y considerar objetivos intermedios -disminución de la mortalidad, limitación del riesgo de infección por VIH u otros agentes infecciosos, reducción de la marginalidad, etc.-, como aspectos esenciales que hay que atender. (Nieva *et al.* 1995: 26)

Encara que, per a molts, en aquells moments això encara no significava qüestionar el marc del prohibicionisme, al cap d'una vintena d'anys de pràctiques de reducció de riscos i danys¹² s'ha pogut anar comprovant la incompatibilitat d'aquell marc amb aquestes pràctiques, almenys en el sentit que les dificulta en gran manera, si considerem que s'accepta que un consumidor que no pugui o no vulgui deixar de consumir no té perquè renunciar a la seva salut i als recursos corresponents; que es considera als usuaris de drogues com a interlocutors vàlids per part de les institucions, ja sigui en un programa de prevenció entre joves en el marc del seu oci nocturn o com a agents de salut en altres contextos; que s'han d'implementar una sèrie de mesures tècniques, com l'intercanvi de xeringues, les sales de consum higiènic o altres, mes enllà de les seves possibles repercussions penals. En fi, tot un conjunt de mesures sanitàries i socials que moltes vegades entren en contradicció amb lleis penals encara existents, però que s'han tolerat perquè han demostrat la seva eficàcia tant en el control del VIH-SIDA i altres infeccions, com en millorar altres aspectes de la vida dels drogodependents (VV.AA. 2010).

¹¹ A Romaní (2004) es pot veure l'anàlisi dels models (cap.3) o del prohibicionisme (cap.7). Sobre aquest últim hi ha molt altres textos crítics, entre ells Arnao (1996), Baratta (2004; orig. 1988), Gonzalez *et al.* (1989), Del Olmo (1992) o VV.AA. (2004).

¹² La profunditat històrica d'aquestes pràctiques és molt variable segons ciutats i regions del món: a l'Estat Espanyol, per exemple, es van perdre uns anys preciosos, en el sentit que hi va haver força morts evitables (com es va demostrar posteriorment) pel retardament en la implementació d'aquestes polítiques, que no va començar fins a meitats dels noranta.

Totes aquestes pràctiques han fet emergir, altre cop, la centralitat de les variables socioculturals i polítiques en la configuració del fenomen de les drogues i la seva utilitat per a la intervenció en alguns dels principals problemes relacionats amb elles. De fet, algunes d'aquestes pràctiques, com el rol central dels usuaris, l'avaluació comunitària dels problemes i de les seves possibles vies de solució, les negociacions amb diferents sectors socials i polítics per a l'establiment de certes mesures, etc. impliquen un model participatiu de treball, un tipus d'intervencions tendents a enfortir el protagonisme de les pròpies poblacions en la resolució dels seus problemes. Des de les experiències de recerca-acció llatinoamericanes, fins les de la participació comunitària en salut a Europa, queda clar que la millora de la salut de les poblacions està molt més relacionada amb la seva capacitat de decisió, amb el seu poder, en definitiva, que no amb el desenvolupament de determinades tècniques (Haro i Keijzer 1998; Serapioni i Romaní 2003).

En un moment en que, basant-se en les evidències esmentades més amunt, hi ha moltes polítiques i programes que s'etiqueten com de reducció de riscos o de danys, segons s'orientin més a la prevenció o al tractament, respectivament, la constatació d'aquesta centralitat dels factors socioculturals i polítics i la necessitat de clarificar de què s'està parlant ha portat a sectors crítics del moviment de drogues a pronunciar-se en un sentit força més ampli que no el que vèiem a la declaració institucional de la UE. Per ells no es tracta tant d'aconseguir la mera contenció de problemes socials per fer-los tractables des del punt de vista de les lògiques de la governamentalitat neoliberal, si no de treballar dins el marc de l'aprofundiment d'unes necessàries noves polítiques públiques. Des d'aquesta òptica, la reducció de riscos i danys consistiria en “desarrollar y consolidar en diferentes ámbitos, acciones alternativas a los modelos actualmente dominantes de gestión política de las drogas, basadas en el principio general de potenciar la cohesión social y la salud, a través de unas políticas de drogas técnicamente más eficaces y socialmente más equitativas.” (VV.AA. 2008: 1)¹³, que haurien de tirar endavant conjuntament la societat civil i les institucions públiques; que haurien de tenir com a eix central la lluita contra la vulnerabilitat; que s'haurien de desplegar en diferents àmbits: el sòcio-sanitari, evidentment, però també el polític-legal, l'econòmic-social i el cultural; i que de forma coherent amb aquests plantejaments i les experiències fetes fins el moment, s'haurien de basar principalment en metodologies qualitatives i dialògiques¹⁴.

4. Reducció de riscos i intervenció social: aspectes teòrico-metodològics

Aquesta declaració que acabo de glosar breument, seria un exemple on podem constatar que hi ha hagut una certa decantació des d'un discurs crític en el camp de les drogues a l'intent contribuir a l'elaboració de coneixements estratègics en la intervenció social a nivell més general. I de com això últim, necessàriament suposa un plantejament polític explícit, com passa en tants altres moviments socials, que necessiten articular les seves

¹³ Es tracta de la declaració del Comitè Coordinador de la 5ª Conferència Llatina de Reducció de Danys en Drogues, format per quatre ONG's (GRUP IGIA, Barcelona; APDES, Porto; EGO, Paris; LUP, Milano); de moment, ha estat la última conferència internacional d'aquest moviment compostat per persones i organitzacions de, bàsicament, el Sud d'Europa i l'Amèrica Llatina, per promoure transformacions en les polítiques de drogues en el sentit que planteja la declaració.

¹⁴ Veure la declaració completa a <http://www.grupigia.org/>. D'altra banda, una visió crítica de les polítiques de reducció de danys a nivell de salut global la podeu trobar a Nichter (2006), i referent a les seves aplicacions a les polítiques de drogues a Espanya, a Romaní i Ilundáin (2009)

especificitats (estiguin lligades aquestes a la lluita contra la pobresa, l'explotació o la ignorància, pel dret a l'habitatge, al treball, a la salut, a la terra, o altres) a una crítica explícita a les relacions de poder existents, per tal d'aconseguir, almenys, part de les seves reivindicacions i intentar consolidar la força de la gent per anar solucionant aquests problemes. Crec, doncs, que l'experiència en les transformacions de les polítiques sobre drogues ens mostra que la integració d'aquesta variable de les relacions de poder és indispensable en qualsevol anàlisi de la realitat social que es pretengui científica.

Això no es pot deslligar d'aquelles metodologies que ens permeten conèixer tan la lògica profunda com l'entramat d'emocions i sentiments que mouen a les poblacions amb les que treballem. Em refereixo, evidentment, als enfocaments i les pràctiques qualitatives i etnogràfiques, que en el camp de les drogues en particular, però també en el camp de la salut en general, han mostrat la seva capacitat per detectar i abordar aspectes estratègics per a la intervenció sociosanitària i que, a més, poden constituir aportacions interessants a les teories socioculturals en general (Menéndez 1998).

Un d'aquests aspectes estratègics és precisament el de la recuperació de l'experiència situada dels subjectes socials, com veurem amb els següents exemples. Grund (1993), en una etnografia feta entre usuaris de drogues per via endovenosa a Holanda, planteja com de cara a la prevenció és més predictiu tenir en compte els rituals que configuren la nostra vida quotidiana i a través dels quals, també, es fan les pràctiques de consum, que no pas les quantitats i freqüències dels consums per sí mateixos. Per tant, conèixer el context de vida quotidiana dels usuaris es converteix en el factor crucial tant per entendre com en cada cas els rituals estandarditzen les variables farmacològiques, psicològiques i socials, com per treballar amb ells en la variació d'aquells aspectes que apareixen com a més perjudicials i en l'intent de reforçar aquells altres que mostren tenir una major capacitat d'auto-control i de control del grup.

Per la seva banda, Bourgois (2002), en una etnografia d'un programa de manteniment amb metadona a Suïssa constata que hi ha un grup d'heroïnòmans als que els prova molt més la contaminada heroïna del carrer que no la pura que oferien al servei on anaven, que els produeix al·lèrgies. Com ja hem vist, l'experiència, en aquest cas de la injecció, està mediada per una sèrie de factors socials i culturals, i aquest grup d'heroïnòmans el que fan és expressar a través del seu cos, de l'al·lèrgia, el rebuig a tot el context d'híper-control que sentien que s'exercia sobre ells tant a través de les instal·lacions del centre com del personal que els atenia. Un bon exemple de la utilitat d'aquesta perspectiva també per a l'avaluació institucional.

Finalment, Sepúlveda (2010a), en un estudi qualitatiu amb joves consumidors de drogues en medis festius de diferents zones de l'Estat Espanyol, subratlla les contradiccions a les que estan sotmesos aquestes noies i nois, entre el risc com a obligació social, quan es tracta de l'esport o de negocis, i el risc com a identificació del mal quan parlem de drogues o sexe. D'aquesta manera, els discursos sobre el risc acaben essent una arma de dominació, que es reflecteix en els propis discursos dels joves, atrapats en la dinàmica entre l'acceptació o la rebel·lió enfront d'ell, però sempre dins el marc en el que se'ls planteja; arma de dominació que, com a tal, es mostra molt poc útil per a treballar sobre aquells aspectes que de debò els preocupen en relació a possibles conseqüències negatives que ells poden percebre entorn dels seus consums.

Cal assenyalar que si en aquests exemples que acabem de veure s'ha aconseguit copsar aquells aspectes estratègics que esmentàvem, és perquè es tracta de treballs rigorosos metodològicament i sòlids teòricament. Vull dir que no n'hi ha prou amb invocar l'etnografia o les pràctiques qualitatives, emparant-se en el prestigi que han adquirit en la recerca aplicada, per justificar plantejaments de vegades trivials que més

aviat semblen respondre a la coincidència d'interessos entre empreses del tercer sector o ONG's que busquen el seu mercat, les noves polítiques del *management* universitari, i les agències de diferents administracions que amb poc temps (i diners) volen saber moltes coses i omplir molts *curricula*. Crec que una antropologia implicada socialment va lligada a plantejaments teòric-metodològics seriosos¹⁵.

Treballar en el camp de la reducció de riscos i danys en drogues des de les perspectives teòrica-metodològiques que ens ofereix una antropologia mèdica crítica, és una manera de treballar amb un model que també s'està bastint en altres camps. Model que té com a eix central i comú l'anàlisi de les relacions de poder en molt diferents sectors socials; que parteix de qüestions molt concretes i micro-socials, però emmarcades en els processos sociopolítics macro-socials; que el tiren endavant investigadors/es de diferents disciplines, moltes vegades lligats a moviments socials; i que, segurament per això, no es volen accontentar només amb elaborar alternatives de govern en les que es pugui practicar una minimització de la dominació (O'Malley 2007), sinó que tenen una certa voluntat de contribuir a experimentar-les, a partir dels intersticis de les societats neoliberals en les que cada un d'ells estigui treballant. Es tractaria, doncs, d'un model¹⁶ que pot ser especialment interessant per als grups socials i culturals actualment en situació subalterna.

Referències bibliogràfiques

- ARNAO, G. (1996) *Tutte le droghe del presidente. Argomenti, storie e proposte contro il proibizionismo*, Milano: Sperling & Kupfer.
- BARATTA, A. (2004) "Introducción a la Criminología de la Droga", a *Criminología y Sistema penal*, Montevideo/Buenos Aires: BdeF, pp.112-138
- BENACH, J. i MUNTANER, C. (2005) *Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad daña nuestra salud*, Barcelona, El Viejo Topo. [Edició digital a: [www.bvs.org.ve/libros/Aprender a Mirar la Salud.pdf](http://www.bvs.org.ve/libros/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf)]
- BECK, U. (1998) *La sociedad del riesgo*, Barcelona: Paidós.
- BECK, U. (2008) *La sociedad del riesgo mundial: en busca de la seguridad perdida*, Barcelona: Paidós.
- BECOÑA, E. (1999) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención*, Madrid: PNSD.
- BERGER, P.L. i LUCKMAN, T. (1988 [1966]) *La construcció social de la realitat. Un tractat de sociologia del coneixement*, Barcelona: Herder.
- BOURDIEU, P. (1999) *La miseria del mundo*, Madrid: Akal.
- BOURGOIS, Ph. (2002) "Anthropology and Epidemiology on Rugs: The Challenges of Cross-Methodological and Theoretical Dialogue", *International Journal of Drug Policy* 13, pp.259-269.
- BREILH, J. (2003) *Epidemiologia crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

¹⁵ Això que aquí he condensat en aquest paràgraf es pot trobar més àmpliament discutit a Romaní (2012:272-73), i l'argumentació per una antropologia implicada, més que aplicada, es pot veure a Romaní (2006).

¹⁶ No sé si parlar de model és massa "fort", però em sembla que això permet identificar uns elements teòrics i metodològics comuns, malgrat la diversitat disciplinària implicada. Potser es podria parlar de "corrents crítiques de les ciències socials", però sembla més genèric i, segons com, deixaria fora disciplines més tècniques, com arquitectura o enginyeria, on també hi ha nuclis que treballen en aquesta direcció.

- CASTEL, R. (1984) *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*, Barcelona: Anagrama.
- COMELLES, J.M. i MARTÍNEZ, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*, Madrid: Eudema.
- DEL OLMO, R. (1992). *¿Prohibir o domesticar? Políticas de drogas en America Latina*, Caracas: Ed. Nueva Sociedad.
- DOUGLAS, M. (1996) *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Paidós: Barcelona.
- DOUGLAS, M. i WILDAVSKY, A. (1982) *Risk and Culture*, Berkeley: University of California Press.
- DUFF, C. (2003) "The importance of culture and context: rethinking risk and risk management in young drug using populations", *Health, Risk & Society*, (5)3, pp.285-299.
- FOUCAULT, M. (1980) "Power and strategies", a Gordon, C. (ed.) *Power / Knowledge. Selected interviews and other writings*, Brighton (UK): Harvester-Wheatsheaf, pp.134-145.
- FOUCAULT, M. (2006) *Seguridad, Territorio, Población. Curso en el Collège de France (1977-78)*, México: F.C.E.
- FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica : un estudio de sociología del conocimiento*, Barcelona: Península.
- GIDDENS, A. (1994) *Modernidad e identidad del yo*, Barcelona: Península.
- GONZALEZ, C.; FUNES, J.; GONZALEZ, S.; MAYOL, I. i ROMANÍ, O. (1989) *Repensar las drogas*, Barcelona: IGIA.
- GOOD, B. J. (1994) *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press.
- GRAMSCI, A. (1970) *Antología* (Selección, traducción y notas de M. Sacristán) México: Siglo XXI Eds.
- GRUND, J. P. (1993) *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. La Haya: CIP Gegevens Koninklijke Biblioteek.
- HARO J.A. i KEIJZER B. (Eds.) (1998) *Participación comunitaria en salud. Evaluación de experiencias y retos para el futuro*. El Colegio de Sonora - Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- LUPTON, D. (1993) "Risk as a Moral Danger: the Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health", *International Journal of Health Services*, Vol. 23, n. 3, pp.425- 435.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2008) *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona: Anthropos.
- MENÉNDEZ, E.L. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana – FONCA.
- MENÉNDEZ, E.L. (1998) "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios sociológicos*, 46, pp.37-67.
- MENÉNDEZ, E.L. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona: Bellaterra.
- NICHTER, M. (2006) "Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica", *Desacatos*, enero-abril, nº 020: pp.109-132. México D.F.:

- CIESAS, <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=13902005&iCveNum=2586>.
- NIEVA, P., BAULENAS, G. i BORRÀS, T. (1995) *Centros de encuentro y acogida*, Madrid: PNSD.
- O'MALLEY, P. (2007) "Experimentos en gobierno. Analíticas gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo.", *Revista Argentina de Sociología*, año 5, nº 8, pp.151-171.
- ROMANÍ, O. (2004) *Las drogas, sueños y razones*, Barcelona, Ariel. (1ª ed., 1999)
- ROMANÍ, O. (2006). "Barcelona desde la Academia (o los avatares de una antropología implicada)", a Feixa C. (dir.), Porzio L.; Recio C. (coords.) *Jóvenes latinos en Barcelona. Espacio público y cultura urbana*, Barcelona: Editorial Anthropos y Ajuntament de Barcelona, pp.277-283.
- ROMANÍ, O. i ILUNDÁIN, E. (2009) "Profesionales y militantes: el ejercicio de la reducción de daños relacionados con usos de drogas", a Laespada, M.T. i Iraurgi, I. (eds.) *Reducción de daños. Lo aprendido de la heroína*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- ROMANÍ, O. (2012) "Biografía i etnografía en el camp de les drogues", a Contreras, J.; Pujadas, J. i Roca, J. (eds.) *Pels camins de l'etnografia: un homenatge a Joan Prat*. Tarragona: Publicacions de la URV, pp.269-279.
- ROMANÍ, O. i COMELLES, J.M. (1991) "Les contradictions liées à l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendence", *Psychotropes*, 6 -3-, pp.39-59 (Montréal)
- ROSE, N. (2007) "¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno". *Revista Argentina de Sociología*, vol. 5, número 8, pp.110-150.
- SEPÚLVEDA, M. (2010) "Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio", *El Cotidiano*, 163, pp.55- 65.
- SEPÚLVEDA, M. (2010a) "La ley del todo o nada: el aguante como ideología", a Romaní, O. (Coord.) *Jóvenes y riesgos, ¿Unas relaciones ineludibles?*, Barcelona, Bellaterra, pp.132-144.
- SERAPIONI, M. i ROMANÍ, O. (2003) "Potencialidades e desafio da participação dos cidadãos em saúde. Análise de três casos: Brasil, Itália e Inglaterra", *Ciência e Saúde Coletiva*, 2003. V. 8, pp.448-448.
- SUBIRATS, J.; FLEURY, S. i BLANCO, I. (Eds.) (2008). *Respuestas locales a inseguridades globales. Innovación y cambios en Brasil y España*, Barcelona: CIDOB.
- SCHUTZ, A. (1974) *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu.
- TULLOCH, J. i LUPTON, D. (2003) *Risk and everyday life*, Londres: Sage.
- V.V.A.A. (2004) *Consumo y control de drogas: reflexiones desde la ética*, Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud- FAD.
- V.V.A.A. (2009) *Principios básicos de la Reducción de Riesgos y Daños*, Oporto: CLAT5.
- V.V.A.A. (2010) *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EMCDDA: Lisboa.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G., i GILSON, L. (2001). "Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective", a *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press, pp.309-322.