

Asumidos, invisibles, o marginales: Los usuarios de drogas en Lima, Peru *

Anthony Richard Henman

Tanto “usuarios” como “drogas” son categorías de difícil definición en el contexto peruano. Las sustancias consideradas psicoactivas o psicotrópicas en la literatura científica incluyen plantas y fármacos que son encaradas de manera muy distinta por la población: unas como “remedios”, otras como meras “costumbres”, y algunas como “drogas” en el sentido perjorativo del término. Los consumidores van desde curanderos altamente respetados por sus pares hasta la población urbana más marginalizada, pasando por todos los sectores y estamentos de la sociedad (CEDRO 2000). Inclusive la definición legal de lo “ilícito” difiere de la normas internacionales, ya que la hoja de coca – y brebajes conteniendo mescalina (sanpedro) y DMT (ayahuasca) – no son ilegales en el Perú. Añadase el hecho de que el consumo en sí, aún de las “drogas” más condenadas por la opinión pública, no es considerado delito, ni lo es una posesión de cantidades para el propio e inmediato consumo (artículo 299 del Código Penal).

Lo que define el carácter de los variados patrones de consumo, por lo tanto, no es reducible ni a las propiedades farmacológicas de una sustancia, ni tampoco a su status legal. Más importante son complejos factores culturales que definen la identidad de cada tipo de usuario, que confieren o niegan una legitimidad a ciertos usos, y que permiten su visibilidad, por un lado, o – al contrario – exigen encubrimiento y un absoluto hermetismo. Los más asumidos y aceptados públicamente son los usos “tradicionales” de coca, sanpedro y ayahuasca, aunque veremos más adelante que en ciertos sectores urbanos, etnocéntricos, éstos también siguen siendo malvistas, y las plantas consideradas como “droga”. El consumo de las principales sustancias ilícitas – cocaína, PBC (pasta base de cocaína), marihuana, y MDMA – y de los fármacos bajo supuesto control médico – benzodiazepinas, codeína y tramadol – trata siempre de mantenerse invisible y, en contraste con algunos países vecinos, hasta el movimiento por una reforma de las leyes sobre cannabis (LegalizaPeru) ha tenido muy poca repercusión política. Queda, como la parte más visible del “problema”, lo que la opinión pública identifica como “los drogadictos”: los habitués de los fumaderos de PBC, y la población marginalizada que vive en la calle y se presenta abiertamente “fumando terocal” (aspirando los solventes de la cola industrial; irónicamente una sustancia 100% legal y disponible por doquier).

Es importante entender el contexto general en que se insieren estas prácticas, tan diversas entre sí, pero todas sujetas a lo que un astuto observador, Ricardo Soberón, ha llamado “la continuidad del paradigma de la abstinencia y represión” (CIDDDH 2014: 4). La sociedad limeña, especialmente los sectores con más influencia sobre el discurso público, es altamente conservadora en sus costumbres, y hasta retrógrada y racista frente a la herencia indígena de su país. No es por acaso /azar que la condena

del coqueo como una forma de toxicomania – hasta hoy inscrita en la Convención Única de la ONU – se apoyó desde el inicio en los supuestos hallazgos científicos del departamento psiquiátrico de la Facultad de Medicina de Lima (Gutiérrez Noriega & Zapata Ortiz 1947; Cáceres 2007).

La deliberada manipulación de datos sobre la extensión del “problema de la droga”, inaugurada con las campañas anti-coca a mediados del siglo XX, sigue vigente hasta nuestros días. Para algunas autoridades el uso de una sustancia ilícita, aún una sola vez en la vida, constituye evidencia de un consumo problemático, lo que implicaría alrededor de un millón y medio de “drogados” en el país (4.8% de la población en general - IV Encuesta Nacional, 2010). Estimativos más realistas arrojan una cifra de casi 250,000 usuarios con consumo en el último año (DEVIDA 2011), y menos de la mitad de este número con algún consumo en el último mes (Castro de la Mata & Zavaleta 2005).

En el caso preciso de Lima, podríamos estar hablando de 50 a 100 mil usuarios regulares de las sustancias ilícitas, alrededor de 1% de la población total, de 9 millones. Sin embargo - en la total ausencia de datos confiables, y sin distinguir usuarios por la sustancia usada, o el contexto y la frecuencia en que la usan - políticas son diseñadas para hacer frente a un “flagelo” sobre-dimensionado y prácticamente desconocido. Mismo los observadores más próximos a la perspectiva oficial, analizando las 15 fuentes de datos acumulados sobre el uso de PBC desde 1976, se vieron obligados a admitir “diversas limitaciones metodológicas que dificultan la obtención de conclusiones definitas de vasta cobertura poblacional y temporal” (León & Castro de la Mata 1989: 26).

Los usos “tradicionales”, aunque parte del folklore turístico del país, son igualmente difíciles de definir en sus verdaderas dimensiones. Con el objetivo de demostrar que la costumbre del coqueo está en vías de desaparecer – dando aliento a la embajada norteamericana, que ha perseguido este objetivo sin descanso desde la década de 1940 - Rospigliosi y sus colaboradores (2004) han hecho creer que menos de un millón de peruanos utilizan la hoja de coca a diario, aunque admiten que hasta 3 o 4 millones (más de 10% de la población total del país) la pueden utilizar eventualmente, en fiestas y rituales andinos. Mas aún, explícitos defensores de la hoja de coca (APEHCOCA, y otros) son marginalizados por los medios, la academia y el mundo político, quitándole visibilidad al tema. En años recientes, la clase media urbana puede haber redescubierto la coca (en forma de harina molida) como suplemento nutricional, pero hasta hoy son muy pocos los que se atreven a *chac'char* hojas de coca en la ciudad. Es significativo que en este particular el Perú difiere notablemente de la vecina Bolivia, donde la hoja de coca se consume abiertamente en el contexto urbano, y donde ha sido declarado patrimonio cultural por la nueva constitución del Estado Plurinacional.

Algo parecido ocurre con el universo de la medicina tradicional, que usa sanpedro en

la costa, ayahuasca en la selva, ambos en roles absolutamente centrales a sus respectivas prácticas rituales. La extensión de tales costumbres, en términos cuantitativos, es totalmente desconocida, y una discusión de su relevancia y utilidad brilla por su ausencia en el ambiente político. Hay poca, o ninguna, voluntad de integrar estas tradiciones en una medicina complementaria con la ortodoxa, y – desde el fallecimiento del Dr. Fernando Cabieses, su gran defensor en el seno del Ministerio de Salud - el posible aporte sanitario del saber milenar andino-amazonico ha quedado sencillamente fuera de consideración por la esfera gubernamental.

El diseño de políticas adecuadas se complica aún más al darse cuenta del flagrante desajuste entre el mundo oficial – el de la leyes y las declaraciones ministeriales (Rubio Correa 1988) – y la realidad observada por los ciudadanos de a pie. La norma actualmente vigente (Ley 28002, de 2003) teóricamente permite la posesión, para consumo propio, de 8 gramos de marihuana, 5 gramos de PBC, o 2 gramos de clorhidrato de cocaína. Pero ya es una rutina que los policia no respeten tales límites, acusando el usuario de ser micro-comercializador, “sembrando” evidencias de otros delitos, amenazando con violencia física, y casi siempre descaradamente pidiendo “coima” (dinero para encerrar el caso). En la *Línea Verde* telefónica establecida para prestar apoyo legal a los usuarios en tales circunstancias, se constató que menos de 5% de las detenciones por posesión llegan al conocimiento del Ministerio Público – o sea, la enorme mayoría se resuelve, normalmente mediante pago, en la comisaría o directamente con el agente policial. En una encuesta con los efectivos de DINANDRO (la Dirección Anti-Drogas de la Policía Nacional), sólo 26% afirmaron que el consumo de drogas no debe considerarse una actividad ilícita (CIDDDH 2014: 25-27). ¡Y ellos son los ejecutores de la ley, los oficiales encargados de hacerla respetar !

Por otro lado, el contexto institucional para un usuario de drogas que sí acaba quedando entre los amarres o cuidados del Estado no deja de ser francamente desolador, asemejándose en nada a las amables ficciones sobre “tratamiento y rehabilitación” declaradas desde palacio. Hasta el Instituto Nacional Penitenciario (INPE 2008) ha reconocido que al menos 19.2% de los internos continúan utilizando drogas ilícitas dentro de la cárcel, lo que es probablemente una estimativa muy baja. La búsqueda de salud mental para una población cada vez más desnordeada por las reformas macroeconómicas, neo-liberales, sigue siendo objeto de innumerables decretos, reglamentos, requisitos y estándares, que deberían poner en orden los servicios y atender a la población. Pero, en lo que toca a los usuarios de drogas, tales servicios han sido abandonados por los operadores estatales y entregados en su casi totalidad a comunidades terapéuticas particulares, que operan mayormente sin respetar las reglas, sometiendo sus pacientes al maltrato y la explotación (Becerra & Bazo 1999). En 2011-2012 dos centros de rehabilitación informales (uno, el notorio *Cristo es Amor*) se incendiaron por disputas internas en Lima, con un saldo de 46 muertos. Con casi tres cuartos del presupuesto “anti-drogas” dedicados a la represión, y sólo 8.53% a la prevención y tratamiento (DEVIDA 2012), tales resultados –

aunque tristes - no deben sorprender.

Finalmente, en un desarrollo que puede anunciar un intento de aplicar una verdadera *Final Solution*, se está paulatinamente abriendo las puertas para lo que se denomina el “ingreso involuntario” de usuarios de drogas en el sistema terciarizado de tratamiento y desintoxicación. Ya la sentencia del Tribunal Constitucional de 2006 (Expediente 05842, punto 99), había declarado una tal retención “una forma ilegítima y arbitraria de vulneración de la libertad individual”, aunque admitía que cierta “incapacidad” podría alterar este cuadro. Varias posibilidades fueron contempladas por el tribunal, entre ellas, “cuando sea ébrio habitual o toxicómano”. La Ley 29737 de 2011 ha recogido estas propuestas de forma más formal, explícitamente admitiendo la posibilidad de un ingreso involuntario, así como la autorización de familiares para el internamiento de personas con adicción. Eso es: Ya no será el policía y el juez que te mandan a la cárcel para cumplir una pena, sino un familiar tuyo que te manda a la fuerza a una “comunidad terapéutica” donde, a puertas cerradas y sin intervención de autoridad pública alguna, te harán un buen lavado de cerebro...

En vista de todas estas circunstancias, se entiende por qué el Perú no ha visto surgir entidades que representan los intereses de los consumidores de sustancias psicoactivas, ni grandes iniciativas públicas del tipo “reducción de riesgos”, o “reducción de daños”. En toda la sociedad limeña, la población ha convivido con la cocaína y PBC por décadas, y han surgido normas y rituales de consumo propias a cada sector, formas de controlar los usos realmente problemáticos, así como ayudas informales y consejos de amigos para los que quieren escuchar. La gente se pregunta: ¿Para qué crear un interlocutor, si el Estado no quiere prestarle oído ? ¿Para qué exponerse como “usuario”, si esto conlleva ser objeto de la extorsión policial ? Mejor “passamos piola” (sin despertar sospechas), como se dice en la calle. Igual sentimiento es compartido, en otro nivel social, por los numerosos y discretos consumidores de cocaína que – desde hace un siglo, por lo menos - desarrollan sus carreras profesionales en la capital peruana. Nadie quiere llamar la atención, y menos a los agentes de un Estado corrupto.

Esta situación de estabilidad cultural, o quizás de estancamiento, se ve claramente en las pocas iniciativas que han tratado de abrir un debate sobre las políticas que serían adecuadas a cada sector. Eventos sobre la hoja de coca, mismo siendo realizadas delante de centenas de interesados en el gran auditorio de la principal universidad del país, o en el Colegio de Médicos, reciben absolutamente ninguna cobertura en los medios, y la presencia del Estado se restringe a los indifectibles agentes de inteligencia – cuyo objetivo es monitorear cualquier amenaza a la hegemonía del discurso prohibicionista. Iniciativas sobre el uso médico de la marihuana, o su eventual regulación legal, consiguen un efímero *succés de scandale*, para luego ser usados para confirmar los estereotipos, o caer en el olvido.

Ni siquiera en el ambiente sanitario existe una real intención de atender a las demandas de los usuarios, y particularmente a las gritantes necesidades de los más marginalizados, los “pastrulos” o consumidores de PBC. Los poquísimos programas de atención para esta población son dirigidas por entidades religiosas de tipo asistencialista, que sólo preconizan la abstinencia. La presencia del Estado se restringe a actividades policiales para supuestamente “reprimir” el negocio. No es por azar que el cuartel central de la DINANDRO, en el barrio céntrico de La Victoria, se encuentra a dos cuadras del principal y más tradicional expendio de drogas ilícitas de la ciudad, un callejón llamado El Huascarán.

Hasta que no se hable de de la injusticia, hipocresía y deshonestidad con que las autoridades encaran el “problema de la droga” en el Perú, hay escasas posibilidades de cambiar el paradigma político, e iniciar una auténtica atención a las necesidades de salud pública. Felizmente, la población peruana tiene otros recursos que no dependen del Estado, y que ofrecen salidas ni siquiera contempladas en las políticas oficiales. La retomada del interés por la hoja de coca, que prosigue inexorablemente a pesar de circunstancias poco favorables, podrá ofrecer un modelo de aprovechamiento de esta planta que sería saludable (del punto de vista del consumidor) y rentable (para el productor, actualmente castigado por las campañas de erradicación). La experiencia colectiva con las nuevas formas de consumir coca – como el mambe o ypadú – asociadas a algunas iniciativas ya ensayadas de tratamiento a los dependientes, podrían desencadenar eventuales iniciativas para re-educar la demanda por cocaína y PBC con productos más suaves, más orgánicos, y más efectivos a largo plazo (Henman & Metaal 2009).

Igual desarrollo se observa en la expansión no documentada, pero seguramente masiva, de los tratamientos a las dependencias por medio de la medicina tradicional. Antes restringidos a la costa norte peruana, se calcula en centenas, o hasta miles, los curanderos sanpedreros instalados en Lima, atendiendo diversas necesidades, y muy principalmente el alcoholismo y la dependencia a fármacos y drogas ilícitas. Lo mismo ocurre con los maestros ayahuasqueros de la selva, que desde hace dos décadas, por lo menos, han empezado a desplazar sus actividades a la capital. Estos cambios indican claramente por lo menos dos cosas: el fracaso casi total de los programas oficiales de atención a las dependencias, y la búsqueda autónoma de soluciones por parte de una población todavía vinculada a sus tradiciones ancestrales. Se diseña, para el futuro próximo, un auténtico conflicto de culturas: por un lado, un enfoque abstencionista, moralizador al estilo cristiano, privatizado y capitalista en lo económico – y, por el otro, una perspectiva con renacimiento del aprendizaje y respeto por las “plantas maestras”, que tanto contribuyeron al surgimiento de la colectividad y la civilización andinas.

Bibliografía

Becerra, & Bazo

1999 *Diagnóstico situacional de las comunidades terapéuticas peruanas*.
Lima: CONTRADROGAS.

Cáceres, Baldomero
2007 “*Dos escritos sobre coca, drogas, y psiquiatría.*”
en Ricardo Soberón (ed.) *Hablan los diablos*.
Lima: Transnational Institute.

Castro de la Mata, Ramiro & Zavaleta, Alfonso
2005 *Epidemiología de drogas en la población urbana peruana*.
Lima: CEDRO.

CEDRO
2000 *Estudio global de mercados de drogas ilícitas en Lima metropolitana*.
Lima: CEDRO, CONTRADROGAS, PNUFID, UNICRI.

CIDDH (Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos)
2014 *Los usuarios de drogas en el Perú: Políticas, derechos y problemas*.
Lima: CIDDH.

IV Encuesta Nacional
2010 *IV Encuesta Nacional de consumo de drogas en la población general del Perú*.
Lima: www.opd.gob.pe

DEVIDA
2012 *Estrategia Nacional de Control de Drogas 2012-2016*.
Lima: www.devida.gob.pe

Gutiérrez Noriega, Carlos & Zapata Ortiz, Vicente
1947 *Estudios sobre la coca y la cocaína en el Perú*.
Lima: Ministerio de Educación Pública.

Henman, Anthony & Metaal, Pien
2009 *Los mitos de la coca*.
Amsterdam: Transnational Institute.

INPE (Instituto Nacional Penitenciario)
2008 *Programa de intervención en personas con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas reclusas en los establecimientos penitenciarios peruanos*.
Lima: DEVIDA, INPE.

León, Federico & Castro de la Mata, Ramiro (eds.)
1989 *Pasta básica de cocaína, un estudio multidisciplinario*.
Lima: CEDRO.

Rospigliosi, Fernando (ed.)
2004 *El consumo tradicional de la hoja de coca en el Perú*.
Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Rubio Correa, Marcial
1988 *Legislación peruana sobre drogas a partir de 1920*.
Lima: CEDRO.

Instituciones

APEHCOCA (Asociación Peruana de Estudios de la Hoja de Coca)
www.apehcoca.org.pe

CIDDH (Centro de Investigación de Drogas y Derechos Humanos)
drogasyddhh@gmail.com
www.ciddh.com

CEDRO
www.cedro.org.pe

DEVIDA (antes CONTRADROGAS)
www.devida.gob.pe

LegalizaPeru
www.legalizaperu.tk

*** Red latinoamericana y caribeña de personas que usan drogas (LANPUD) Encuentro Bogotá
Taganga Septiembre 2015**