

El Gobierno de las Redes: Una etnografía de las políticas de drogas en Colombia

Andrés Góngora
PPGAS – Museu Nacional, UFRJ
Sometido a evaluación: 17 sep. 2014

Resumen

Con el propósito de aportar elementos para una antropología de las formas de gobierno contemporáneas, describo en este texto una trama de actores, agencias, racionalidades, técnicas y tecnologías que buscan regular la relación entre personas y drogas en Colombia. Apoyado en mi experiencia en la construcción de políticas públicas y proyectos de intervención social (2006-2010) y en el trabajo de campo realizado durante el año 2012, le sigo la pista a un modelo de producción transnacional creado para “reducir los daños” ocasionados por las drogas, cuyo principal objeto y sujeto de intervención son “redes sociales”. Para comprender el universo social en que estas ideas cobran sentido, exploro etnográficamente el mundo de los *profesionales del riesgo*, especialistas que actúan como artífices y portavoces de tecnologías diseñadas para convertir riesgos y daños en objetos gobernables. En este universo interactúan agencias de cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil agrupadas en redes transnacionales, instituciones de la administración pública y una amplia gama de profesionales, técnicos, operadores y actores locales con trayectorias diversas que construyen su propio espacio-tiempo y contribuyen a la mistificación de la entidad trascendente que denominan Estado.

Palabras clave: 1. Formas de gobierno. 2. Etnografía. 3. Colombia. 4. Políticas de drogas. 5. Redes sociales.

Rule of Networks: An ethnography of drug policy in Colombia

Abstract

Finding elements for an anthropology of the contemporary forms of government, this thesis aims to study the network of agents, agencies, rationalities, techniques and technologies that regulate the relationship between people and drugs in Colombia. Based on the author's work experience in the construction of development projects and policies of public health (2006-2010) and in field work conducted during the first half of 2012, the text describes the social life of the Community Based Treatment (CBT), transnational model designed to "reduce harms" produced by the drug, where the "social networks" are object and subject of the intervention. To describe the social universe in which that statement makes sense, I explore ethnographically the world of the *risk experts*, actors who are both architects and preachers of technologies that attempt to convert probabilities of accidents and illness in governable objects. In this universe interact international cooperation agencies, civil society organizations grouped in transnational networks, institutions of public administration and a wide range of specialists, technicians, "operators", and local actors with different backgrounds. They build their own space-time and contribute to the mystification of a transcendent entity called State.

Key words: 1. Forms of government. 2. Ethnography. 3. Colombia. 4. Drug policy. 5. Social networks.

El Gobierno de las Redes: Una etnografía de las políticas de drogas en Colombia

En 2011 llegué a Rio de Janeiro para estudiar en el *Museu Nacional* con la intención de continuar mi formación académica, pero también de huir de mi trabajo como especialista en la elaboración de proyectos de intervención social y políticas públicas relacionadas con drogas. Me encontraba cansado de los marcos lógicos, las reuniones con líderes comunitarios y los caprichos de los tecnócratas, sentía que estaba desperdiciando mi tiempo en un mundo de mentiras, donde nada pasa, donde los programas de desarrollo y la política social solo funcionan para que los miembros de las ONG y de las instituciones de la administración pública puedan decir que “están haciendo algo”. Estaba decepcionado. Pensaba que buena parte de mi empeño dedicado a la investigación militante y al trabajo comunitario no tenía sentido en un escenario gobernado por mafias y grupos paramilitares con la aquiescencia de las “fuerzas de la ley”. Ese escenario era el barrio Santa Fe, en el centro de Bogotá, la capital de Colombia. En ese lugar había trabajado entre 2006 y 2010 en una ONG conocida coloquialmente como “El Parche” y tratado con personas que dedicaban sus días a atenuar los efectos producidos por las drogas en individuos que no tenían forma de financiarse un tratamiento en uno de los llamados centros de rehabilitación para farmacodependientes.

Una de las últimas cosas que hice durante esos años fue coordinar un proyecto dirigido a la población travesti financiado por una organización estadounidense reconocida en el ámbito del VIH/Sida, la Cáritas Alemana (agencia de cooperación internacional de la Iglesia Católica) y la alcaldía Mayor de Bogotá, en la mayor zona de trabajo sexual legalizada de Colombia que contempla aproximadamente 20 manzanas del barrio Santa Fe. Nuestra misión era “reducir los daños”¹ ocasionados por las drogas pero también por el estigma y la discriminación que las travestis de la zona, la gran mayoría dedicadas a la prostitución, padecían. Me dedicaba a hacer que las personas que integraban el proyecto pudiesen reponerse de la situación provocada por ese “contexto” (como dicen mis interlocutores) en el cual el tráfico y consumo de drogas, especialmente de marihuana, bazuco (o pasta básica de coca) y cocaína (en sus diversas versiones y calidades) hacían parte de la vida cotidiana. La estrategia para alcanzar ese propósito era “trabajar en red” para modificar los vínculos que desde nuestro punto de vista representaban un riesgo para la salud y la vida de nuestras “beneficiarias”, haciendo que ellas se relacionasen con otras personas e instituciones,

entrando así en un círculo más amplio de intercambio de bienes y servicios. Esos vínculos eran diversos, podrían ser sus patronas, llamadas “madres”, los “jíbaros”, o sea, los vendedores de drogas que eran también los prestamistas de la zona, sus novios, la Policía, y clientes de toda Bogotá, de las más diversas edades, clases sociales y gustos sexuales.

Creíamos que estábamos produciendo cambios reales, más allá de los discursos académicos, pues como Susana, nuestra jefe, decía: “no necesitamos más diagnósticos, necesitamos acciones concretas”. De hecho varias travestis comenzaron a participar en otros espacios, asistían a los comités de política social y derechos humanos organizados por la Alcaldía, se iban tornando “lideresas LGBT” que representaban al barrio y a la ONG en la planeación de la Marcha por el Orgullo Gay y Lésbico y en otras “acciones afirmativas”, hacían performances en centros comerciales de los barrio ricos y practicaban la “reducción de daño” con sus compañeras, haciendo que cambiasen el bazuco por marihuana o dejarasen de mezclar alcohol con pastillas antidepresivas. Una de ellas, Wanda, parecía avanzar significativamente en su “proceso”. Aprendió a leer mejor, dibujaba cada vez más, usaba el computador, el correo electrónico y escribía sobre las cosas que le sucedían cuando El Parche cerraba sus puertas y la noche furtiva llegaba con su violencia y frivolidad. Wanda registraba cuidadosamente aquello que traducíamos en nuestros informes como “violación a los derechos humanos de la población travesti”, la peleas con los clientes, muchos de los cuales, cabe decir, habían sido robados por ellas mismas, pero también la manera en que era golpeadas por sus novios, proxenetas y por la Policía. Wanda tenía un carácter fuerte, una de sus frases más conocidas era: “no me puse tetas para que me dijeran señor”, sentencia que se convertiría en el *slogan* de nuestro grupo y que serviría también de subtítulo al afiche que yo mismo diseñé cuando me enteré que ella había sido asesinada a tiros frente a la sede de la ONG. Su muerte, como la muerte de varios de los “beneficiarios” de nuestro proyecto quedó impune; no había sido el producto de la pelea con un cliente, alguien se bajó de una moto y le disparó. Las travestis dicen que tuvo que ver con las denuncias que Wanda, como representante de nuestra ONG, hacía ante el comité local de derechos humanos de la Alcaldía.

Mientras trabajábamos con las travestis, Susana, la jefe del equipo, se había convertido en una especialista del Ministerio de Salud y Protección Social. Su función era promover en toda Colombia el modelo de intervención desarrollado por El Parche y una red transnacional de ONG denominado Tratamiento Comunitario (o CBT por sus siglas en inglés). El CBT hacía ahora parte de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (MPS, 2007), había alcanzado, en teoría, su “sustentabilidad”, estaba listo para

ser reproducido en otras “comunidades locales”². Como argumentaré más adelante la lucha por sincronizar el cronograma de los proyectos de cooperación internacional con el tiempo de la administración pública contribuye a producir aquello que Timothy Mitchell (1999) ha llamado “efecto Estado”, consistente en la habilidad del orden político moderno para hacer que una distinción interna aparezca como frontera externa, como entidad trascendente entre formas abstractas e inmateriales.

Ya en Brasil, luego de apartarme por algún tiempo de El Parche y sus historias, comprendí que podía transformar mi decepción en inspiración etnográfica, que las personas con las cuales trabajé no son intermediarias inermes de dispositivos de poder transnacional y que, por el contrario, su trabajo es fundamental para darle verosimilitud al “problema de las drogas”. Ciertamente mi lugar privilegiado en el mundo de la “intervención social”, la salud pública y más específicamente en el de las “políticas de drogas”, me facilitó el contacto y la observación de los escenarios en que se diseñan estas tácticas gubernamentales y a la vez, estar en espacios en los cuales dichas estrategias entran en el juego hermenéutico y performativo de la interpretación, la controversia y la traducción de intereses y demandas en acciones. Durante los años que trabajé en El Parche redacté “modelos”, levanté “diagnósticos rápidos”, describí redes, construí instrumentos de investigación y “lineamientos” para políticas públicas, pero también hice amigos, compartí sus experiencias, glorias y frustraciones, me involucré en sus vidas y ellos se tornaron parte de mi historia. Por tanto, los resultados que aquí se presentan son en gran parte fruto de un trabajo retrospectivo, una labor de organización de materiales que no se recogieron necesariamente con una finalidad investigativa y un ejercicio de distanciamiento, de cuestionar lo obvio, de repensar objetos familiares como plantea Steinmetz (1999), a partir de una descripción etnográfica hecha “desde adentro” (Mosse, 2005). Me considero un actor más involucrado en el mundo de las políticas de drogas, que describe con herramientas de la antropología su universo de trabajo y de pesquisa, por eso mi interés aquí no es evaluar los resultados del Tratamiento Comunitario³, sino estudiar la relación entre dominación y ciencia como un espacio de competencia entre grupos interdependientes de especialistas que producen instrumentos de identificación y clasificación de poblaciones (De L’Estoile, 1997). El punto es tratar de entender por qué un conjunto de técnicas y tecnologías de gobierno (inscritas en documentos y transportadas por especialistas que circulan por distintas circunscripciones políticas) y las prácticas por medio de las cuales dicho conjunto es transformado en “acciones” aparecen en el campo como si fuesen “la misma cosa”, o en otras palabras, describir el trabajo de “juntar y separar” a través

del cual los actores que dan vida a las políticas públicas funcionan como mediadores que operan una discontinuidad modificando el significado transportado (Latour, 2008).

El análisis antropológico de la circulación y transformación de tácticas gubernamentales y de las prácticas de los actores que les otorgan verosimilitud permite explorar cuestiones claves relativas a la política de la verdad, y a las formas de gobierno contemporáneas (Foucault, 2005, 2007), tales como: i) la manera en que se lidia con distintas temporalidades, circunscripciones y distancias; ii) la convergencia entre actores y agencias de diferentes escalas; iii) la gestión de infortunios y malestares iv) las tecnologías para producir objetos y sujetos gobernables (en este caso las teorías de redes sociales) y v) los límites trazados cotidianamente que producen el “efecto Estado”. Este abordaje sugiere algunos caminos para comprender la manera en que actúan los expertos que construyen e implementan racionalidades y tecnologías de gobierno (Foucault, 1991, 2007; Rose & Miller, 2008) y las transforman paulatinamente en políticas públicas. Como plantea David Mosse (2005), las *policies* se hacen y rehacen, y en el camino crean comunidades interpretativas, convenciones compartidas que legitiman sus prácticas y les confieren el estatus de proceso social. Yo agregaría que en esta circulación se crean especialistas, cuya misión, en este caso, es pregonar la existencia del riesgo y regular sus posibles efectos. Esta perspectiva invita a pensar en estrategias gubernamentales que no son reductibles a la codificación de la administración pública de los estados nacionales (Texeira & Souza Lima, 2010), en procesos sociales que acontecen en varias escalas y son resultado de trayectorias personales, dinámicas institucionales y la movilidad internacional de tecnologías y personas.

Haciendo uso de la vieja formulación de Mauss & Hubert [1904] para explicar la eficacia de la magia, planteo que las formas de gobierno contemporáneas pueden estudiarse describiendo las representaciones (en este caso, las ideas compartidas por los actores sobre las sustancias denominadas drogas), situando a los magos (es decir a los especialistas que transforman el riesgo en objeto de gobierno), examinando los materiales (tablas, grafos, mapas, diapositivas, informes de gestión y documentos técnicos) y describiendo los actos mágicos (es decir, los performances políticos y terapéuticos que le dan sentido a la reducción del daño y al gobierno de las redes).

Políticas de drogas: un sobrevuelo

Según especialistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) el sistema internacional de fiscalización de las drogas⁴ tiene dos objetivos: suprimir los mercados

ilegales y garantizar la disponibilidad de fármacos psicoactivos para uso médico. El problema con las drogas, afirman estos especialistas, estaría básicamente en no poder mantener el mercado de medicamentos separado del mercado de drogas ilícitas debido a la imprecisión de los límites que los separan. Esto indica algunas características que diferencian los daños producidos por las drogas en las personas que “abusan” de ellas, de otras “enfermedades” atendidas por las instituciones que administran la salud pública en el mundo: serían una especie de “agente patógeno” incontrolable debido a aquello que los expertos en reducción del consumo llaman la ineficacia de las políticas de los estados para controlar la oferta (Milanese, 2008). En otras palabras, la “toxicomanía”⁵, conducta catalogada por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas a partir de 1961 como: “un mal grave para el individuo y un peligro social y económico para la humanidad” (ONU, 1972: 1), fue tornándose, en el discurso experto, un tipo de enfermedad de origen económico-político derivado de la incapacidad de los Estados para restringir la circulación de ciertas mercancías.

Autores dedicados a la historia y la genealogía de las “drogas” (Escohotado, 2002; Viana, 2008) plantean que la tipificación de estas sustancias como un “problema” de gobierno se remonta a la primera década del siglo XX y surgió como una estrategia política para contrarrestar los efectos nocivos de los fármacos producidos químicamente por la naciente industria farmacéutica en los Estados Unidos y Europa occidental por medio de la restricción de la circulación de sustancias que habían sido sintetizadas primeramente como remedios y que después terminaron siendo manufacturadas, comercializadas y usadas sin autorización de especialistas.⁶ Estos mismos autores (Escohotado, 2002; Viana, 2008) coinciden en que durante la primera mitad del siglo XX, surgió, en paralelo a la consolidación de la industria farmacéutica, una política “prohibicionista” que reprime las formas de uso no médico de casi todas las sustancias consideradas psicoactivas con excepción del tabaco y el alcohol⁷. Como resultado se criminalizaría la producción de cannabis, hoja de coca y amapola (planta de la cual se extrae el opio) al tiempo que se protegían las drogas legales como las anfetaminas, los barbitúricos y los tranquilizantes que funcionaban como agentes terapéuticos legítimos en los países industrializados (Escohotado, 2002). Según Antonio Escohotado (2002), autor de la *Historia General de las Drogas*, el prohibicionismo sería una práctica moral según la cual el Estado debe impedir la circulación de determinadas sustancias y reprimir su consumo y comercialización⁸; tal práctica se habría institucionalizado en 1956 con el *Narcotic Control Act*, cuando el gobierno de los Estados Unidos definió el tráfico de estupefacientes como una actividad “antinorteamericana”. Este documento, afirma Escohotado (2002), repercutió en las

orientaciones de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (firmada por 74 naciones, entre ellas Colombia) y sus posteriores ratificaciones (1972, 1988) en las cuales, valga decirlo, el tema de la regulación de los usos clínicos y científicos de las drogas perdió protagonismo ante asuntos como la inseguridad, la lucha contra el tráfico, la producción y la circulación ilegítima de riqueza⁹. En la Convención Única se abriría también la distinción entre “traficantes” y “adictos” recomendando a distintas disciplinas la reglamentación y ejecución de sanciones penales, identificación, tratamiento y readaptación de estos dos tipos de sujetos afectados de manera diferente por las drogas. Esta posición se tornaría aún más radical en 1973 durante el gobierno de Richard Nixon quien acuñaría el término “guerra contra las drogas” y de paso crearía una agencia gubernamental para desarrollarla, la DEA (*Drug Enforcement Administration*) (Escohotado, 2002). Esta declaración de guerra vigente hasta hoy, basada en la diferenciación entre criminales y enfermos, separaría el mundo entre países productores y países consumidores de drogas, los primeros portadores de un problema de desarrollo y los segundos víctimas de un mal que afecta el bienestar de la población. La respuesta dada desde la salud pública sería la formalización, en 1974, del *National Institute on Drug Abuse* NIDA, institución que desarrollaría los modelos adoptados por gran parte de los países de las Américas, centrados en la prevención a través de campañas de información y en la abstinencia como requisito de tratamiento.

Esta génesis del prohibicionismo se tornó “dato histórico”, descripción del nacimiento y desarrollo de las políticas represivas frente al consumo de drogas y es citada frecuentemente en los documentos producidos por académicos y miembros de la sociedad civil transnacional que buscan denunciar los efectos adversos de estas políticas y proponer un cambio radical en la forma de gobernar el “problema”. Se trata de organizaciones diversas entre las cuales se destacan la *Open Society*, que funciona como financiadora de ONG; el *Transnational Institute*, red internacional de activistas e investigadores; el *International Drug Policy Consortium* (IDPC) que articula organizaciones que buscan hacer “incidencia política”; la Red Americana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) que promueve la reducción de daño; la ONG *Viva Rio* que patrocinó el trabajo de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD)¹⁰, la Red de Estudiantes por una Política de Drogas Sensata (SSDP por sus siglas en inglés) que cuenta con “grupos focales” en universidades latinoamericanas y estadounidenses; la *Drug Policy Alliance* que impulsa la legalización de la marihuana medicinal en Estados Unidos, los colectivos cannábicos, que pregonan el autocultivo de marihuana como solución al comercio ilegal de la planta y los

militantes de la “ciencia de las drogas”¹¹. Si bien se trata de actores con trayectorias e intereses diversos hay dos cosas en las que todos ellos confluyen: el fracaso de la “guerra contra las drogas”¹² y la eficacia de la reducción de daños como alternativa al “prohibicionismo”. Quiero resaltar la fuerza que en la actualidad ha adquirido el paradigma de la reducción de daños, pues ha pasado de ser un asunto marginal, limitado a algunos países ricos (los consumidores) que habían adoptado esta política “pragmática” de subsidiar los tratamientos de usuarios de drogas sin exigirles la abstinencia como prerrequisito, para convertirse en una “opción” válida (esto es, probada científicamente) para países productores en “vía de desarrollo” que dialoga con los discursos de la inclusión social, la gobernanza y la participación ciudadana.

Los profesionales del riesgo

Hay varios tipos de actores que trabajan en la elaboración, circulación y aplicación de lineamientos, planes, programas y proyectos destinados a evitar y disminuir los efectos derivados de la relación entre personas y drogas. Se trata principalmente de psicólogos, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos y profesionales de la salud que pertenecen a Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), universidades, instituciones públicas y agencias de cooperación internacional comprometidas en “mejorar la calidad de vida” de “personas” y “comunidades” afectadas por el consumo de drogas. He llamado a estos actores sociales *profesionales del riesgo*, puesto que son al mismo tiempo artífices y portavoces de tecnologías destinadas a convertir probabilidades de accidentes y malestares en objetos gobernables. El tratamiento etnográfico de las trayectorias de estos actores y de los artefactos que construyen e implementan permite situar una particular visión de mundo según la cual: las redes sociales tienen propiedades patológicas y curativas, así como las políticas públicas poseen la capacidad de infringir y remediar calamidades.

La persona que formuló los manuales y la mayor parte de los documentos teóricos e informes técnicos que sustentan la eficacia científica del tratamiento se llama Efrem. Se trata de un especialista italiano formado en psicoanálisis y etnopsiquiatría en la década de 1970 en Francia, que se fue a vivir a México para realizar el trabajo de campo de su tesis de doctorado sobre los usos del peyote entre los indígenas huicholes. Con los años Efrem se convirtió en experto en el trabajo con “poblaciones callejeras” y comenzó a dar clases en la Universidad de Guadalajara, luego regresó a Europa a conocer los nuevos enfoques de las comunidades terapéuticas y finalmente retornó a México en donde terminó diseñando, junto con otros

especialistas locales y europeos que trabajaban con habitantes de calle en el centro del Distrito Federal, una propuesta anti-institucional para el manejo de las farmacodependencias que luego llamaron *Community Based Treatment* (CBT). A mediados de la década de 1990 el CBT, gestionado y ejecutado por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) asociadas a la Iglesia Católica Mexicana y financiado por la Unión Europea, Caritas Alemana y el Ministerio de Cooperación Alemán (BZM), era presentado como un modelo de “investigación en la acción” en el que el tratamiento de la “farmacodependencia” era definido como un “proceso organizativo” circunscrito a unidades discretas denominadas “comunidades locales” (Milanese, Merlo & Laffay, 2001). Esta propuesta llegaría a Colombia en 1998 a través de Caritas Colombia y del Secretariado Nacional de Pastoral Social (SNPS) de la Iglesia Católica, entidad que convocó a varias ONG que trabajaban temas afines para hacer parte de un nuevo proyecto de alcance nacional destinado a la prevención del consumo de drogas que llamaron “Viviendo”. Desde el punto de vista técnico se trataba de probar un modelo de investigación e intervención social: un montaje de teorías, instrumentos y procedimientos desarrollados para solucionar problemas de gobierno, que demuestra su eficacia a través de una serie de acciones estandarizadas y cuyo fin último es la elaboración de “réplicas” (es decir, asegurar su traslación, adopción y reproducción). En teoría estos modelos funcionan como tecnologías para hacer penetrable un medio (Foucault, 2007) y gobernar poblaciones a distancia. De modo que, de manera análoga a las pruebas clínicas realizadas para garantizar el buen funcionamiento de un fármaco, el CBT necesitaba hacer “pruebas piloto” que demostrasen su efectividad en varios “cuerpos sociales”. Como todo proyecto de cooperación internacional, sus resultados deben contribuir al “desarrollo” del territorio auspiciado y responder a una forma que lo hace válido en cuanto táctica de gobierno que vincula racionalidad y técnica. Cada propuesta debe entonces encajar dentro de las “líneas” de inversión de los cooperantes (de ahí que no respondan únicamente a preocupaciones locales) y ser evaluado usando tecnologías de calculabilidad (Mitchell, 2002)¹³. A finales de la década de 1990 los problemas de salud asociados al consumo de drogas hacían parte de los intereses de algunas de las agencias de cooperación internacional europea. De este modo, Colombia haría parte de un conjunto de países en los cuales se experimentaría, por primera vez fuera de México, la propuesta de “prevención y cura de las farmacodependencias” a través de una “clínica comunitaria”. Para tal fin se realizó un proceso de “formación” con el objetivo de entrenar a profesionales de las organizaciones invitadas (la gran mayoría vinculadas a la Iglesia Católica), en los fundamentos teóricos y metodológicos de este estilo terapéutico. Como los modelos y en general las políticas públicas no viajan solos, sino que necesitan de alguien que

enseñe cómo operarlos, las agencias de cooperación que los financian patrocinan la circulación de expertos que se encargan de supervisar su implementación. Fue así como, en 1999, Efrem llegaría a Colombia en calidad de asesor de la Caritas Alemana y, poco tiempo después, conocería a Susana.

La relación entre Efrem y Susana fue intensa. Entre los años 2000 y 2007, fecha en que el Tratamiento Comunitario se tornó política pública, se escribieron cientos de *e-mails*, más de 600 páginas de correspondencia cruzada, que Susana me confió y que constituyen buena parte de las fuentes usadas en esta investigación. En ellos se relatan las experiencias de Susana y sus colaboradores (algunos profesionales, pero la mayoría “operadores pares”, es decir ex usuarios de drogas, ex habitantes de la calle, travestis, trabajadoras sexuales y en general, personas que se dedicaban al trabajo comunitario pero que no contaban con formación académica formal) en la implementación del Tratamiento Comunitario. Los mensajes narran también la historia de una amistad, la manera adecuada de relacionarse con las agencias de cooperación y los altos tecnócratas, los ires y venires de los expertos, de los artefactos que fabrican y las puestas en escena necesarias para que tales invenciones alcancen efectos de verosimilitud y eficacia.

En 2003, luego de dos años de experimentación del CBT en el barrio Santa Fe, Susana había tomado varias decisiones calificadas como “poco ortodoxas” por sus asesores y *partners*; decisiones, que, no obstante, producían balances “positivos” desde el punto de vista de los resultados globales del proyecto financiado por agencias internacionales. En noviembre de ese año Susana decidió quedarse algunas noches en El Parche y aprovechar la soledad para adelantar informes pendientes y escribirle a Efrem sobre “su aventura”, contándole sus experiencias para que no se diluyeran en los “recodos de la memoria”. Uno de estos *e-mail* cuenta cómo justo cuando se cambiaban a una nueva cede, la situación de violencia en la zona se agravaba. La práctica de exterminio denominada en Colombia “limpieza social”, implementada por grupos armados “ilegales” con la anuencia de la fuerza pública (Stannow, 1996; Rojas, 1994; Góngora & Suárez, 2006; Suárez, 2012), se estaba trasladado al barrio Santa Fe. Aparecieron entonces varios grafitis en las principales calles del sector que rezaban: “descuartizamiento a ratas: Att. AUC”, es decir, Autodefensas Unidas de Colombia, principal grupo paramilitar de la época. Como es común en el modo de operar de estos grupos (Uribe, 2004), este tipo de amenazas venían acompañadas de pruebas de su capacidad destructiva: una caja con la lengua, los ojos y el hígado de una persona había sido encontrada a un par de cuadras de la ONG por un reciclador. La zona, como dicen sus habitantes, “estaba caliente”.

La “olla” (casa en la que se venden y consumen drogas) que quedaba en la misma calle de la ONG había sido allanada por octava vez en 10 días. Desde el cuarto piso de la sede de la ONG Susana había presenciado cómo la policía agredía físicamente a los “duros” (los dueños) de la “olla” y de paso a una mujer embarazada que servía como aseadora del local y “carro” (transporte humano) de droga. La mujer llegó a El Parche buscando ayuda, Susana y Gaviota (una operadora par) le curaron las heridas y le dijeron que fuera a Medicina Legal, pero ella se negó a hacer algún tipo de denuncia y regresó a la “olla” para cuidar la “caleta” (el escondite de la droga). Según Susana tanto la comunidad no consumidora como los propios “parceros” (término usado en la calle para referirse a los compañeros), concordaban en que la Policía local era la causante de la mayor parte de agresiones físicas sufridas por usuarios de drogas, prostitutas, travestis y vendedores ambulantes (varios de ellos dedicados también al comercio de drogas).

Esta clase de episodios colocaban a la gente de la ONG en una posición complicada pues denunciar a alguno de los actores violentos (la policía, los paramilitares, los dueños de las “ollas”, etcétera) significaba perder lo que Susana denomina “el carácter poco amenazante” que tienen los proyectos de salud pública y prevención. Al mismo tiempo, convertir lo que presenciaban en “denuncias formales” implicaría poner en peligro a los miembros del equipo y perder la confianza de los “parceros” pues la mayoría de ellos estaban involucrados en actividades “delictivas”. Sin embargo, el hecho de pasar la noche observando el movimiento del barrio le permitió a Susana, como lo narra al final de la carta mencionada, “entender mejor la organización del territorio que había mapeado”. Hasta ese momento desconocía, por ejemplo, que existían diferentes líneas (esto es, circuitos de distribución de drogas) dependiendo de la sustancia traficada, los intermediarios y los destinatarios finales. Habían por ejemplo sitios destinados a personas de clase media y alta que entraban al barrio con el ánimo de gastar dinero y pasar varios días de “rumba” (en estos sitios podían hallarse mujeres “internas”, la mayoría jóvenes, que ofrecían sus servicios sexuales a cambio de dinero y droga, generalmente bazuco). También estaban los denominados “castillos”, casonas abandonadas que solo conservaban la fachada y las divisiones internas, frecuentadas generalmente por habitantes de calle consumidores de bazuco y finalmente otros expendios más discretos (distintos a las “líneas duras”) que funcionaban como establecimientos comerciales de día. Todo este esquema estaba garantizado por los tratos con la policía y la estrategia de seguridad de las “ollas” organizada de acuerdo con una estructura jerárquica que aún permanece y de la cual hacen parte “el Campanero”, generalmente un vendedor ambulante que distribuye drogas

al detal encargado de advertir la presencia de la policía o de alguien sospechoso, el “Sayayín” personaje armado encargado cuidar el local, el “jíbaro” o vendedor, el “administrador” y finalmente “el duro” o dueño del establecimiento quien provee la mercancía pero no permanece en el sitio. Cuando hay mujeres, estas pueden ser parte de la “corte” personal del “duro”, dedicarse a la prostitución o al mantenimiento de la olla. Susana narra en sus cartas lo que parecía ser una “comunidad” en la cual las drogas eran parte de la vida diaria, por fin había descubierto su “lógica interna”, por fin había empezado, después de 3 años, el “verdadero” tratamiento comunitario :

“Noviembre 22 de 2003

... Subí al último piso a mirar el movimiento: las travestís bellas, desabrigadas para el helaje que hace, se alborotan, bailan, gritan, se ríen, discuten por un bareto [cigarrillo de marihuana], le tiran botellas a un perro que quería morder a la perrita del taller, se levantan las blusas para mostrar sus pechos de silicona invitando a los taxistas quienes disminuyen la velocidad encantados... Los parceros se deslizan como sombras furtivas, intercambian merca [drogas], fuman pipa en la puerta de la ONG, se pelean, se ríen, pasan droga a los carros que se orillan... Los recicladores esculcan las basuras, los perros buscan desechos de comida... apenas comienzan a verse resultados concretos de lo que son acciones de reducción de daño para los parceros, creo que es ahora cuando en realidad hemos comenzado el trabajo del tratamiento para la adicción a las drogas en una comunidad local concreta... Apenas ahora empezamos a ver realmente las dificultades/posibilidades que tenemos... ¡que emoción! ¡que susto! ¡que ganas de vivir para ver más!

Esta particular “lógica comunitaria” descrita por Susana serviría posteriormente para justificar procedimientos técnicos en los manuales del CBT (Milanese, 2009, 2010, 2012) y confirmar las premisas teóricas del modelo de intervención en el cual la comunidad es definida como un sistema de redes que se auto-organizan y generan su propio sentido (Machín, 2011; Milanese, 2012). Bajo esta perspectiva, los peligros derivados de la relación entre personas y drogas dependen de las circunstancias específicas de cada “comunidad local”, o en otras palabras, de una singular configuración espacio temporal susceptible de ser modificada por medio de la gestión de redes sociales que los expertos del CBT denominan “contexto de riesgo”. No obstante sus particularidades, el estilo terapéutico desarrollado por Susana y sus colegas tenía que ser comparable con las experiencias que se estaban dando en otros países. Para esto debieron presentar los resultados de su trabajo usando términos técnicos y resultados cuantificables. De modo que, aunque los acontecimientos que ocurrían en las calles del barrio Santa Fe fuesen únicos, existían ciertas dinámicas compartidas que los hacían comparables

con barrios de México D.F., São Paulo, San José o Puerto Príncipe y traducibles al lenguaje abstracto de los indicadores de impacto, la gestión del riesgo y las redes sociales.

Haciendo aparecer las redes

La eficacia del CBT se debe principalmente a su capacidad para objetificar riesgos y redes sociales. En un escenario caracterizado por la predominancia de discursos caritativos y religiosos, el Tratamiento Comunitario presentaba una metodología científica para intervenir “contextos de riesgo”, con la participación de las “comunidades locales” afectadas por las drogas. Es decir, el CBT mostraba que era posible prevenir los infortunios y los malestares producidos por las drogas sin que el beneficiario dejara de usarlas. Su principal hipótesis es que la red social de una persona “altamente vulnerable” está constituida por relaciones que ponen en riesgo su salud y su integridad física y por tanto la reducción de riesgos y daños se facilita significativamente si el tipo de estructura de relaciones que compone las redes sociales del individuo son modificadas (Fergusson & Góngora, 2012). En otras palabras, el Tratamiento Comunitario plantea que interviniendo la “forma” de las redes subjetivas (esta red estaría constituida por relaciones “significativas” con amigos, vecinos, compañeros de trabajo y familiares) de las personas que tienen una relación “disfuncional” con las drogas, pueden disminuirse los riesgos y los daños asociados al consumo. Tal transformación es presentada por medio de matrices, grafos y tablas con información estadística basada en una racionalidad originada en la antropología social británica, la psicología sistémica, la gestión empresarial¹⁴ y el *network analysis* (o análisis de redes sociales).

Son varios los instrumentos de objetificación usados por estos actores para “hacer visibles” las redes¹⁵: primero se realizan mapas acudiendo a la técnica de la “cartografía social” ubicando los principales “líderes” y sus recursos, circunscribiéndolos en un límite geográfico arbitrariamente trazado, en este caso, se acudió a la codificación gubernamental que definió los linderos de la “zona de alto impacto”, es decir, el área legalizada para el trabajo sexual en Bogotá. Luego estos elementos son ordenados en función de su potencial para el intercambio: para esto se transcriben en una tabla elaborada en una hoja de cálculo en la cual son clasificados según el tipo de “servicios” que prestan y la “intensidad” del vínculo que existe entre el equipo (o red operativa) que elabora el mapa y las personas e instituciones incluidas en el listado. El resultado es un directorio jerarquizado con vínculos “fuertes” y “débiles” definidos por el miembro del equipo que realizó el contacto. Durante mi trabajo en la ONG aprendí que hay tres criterios para saber si un vínculo es débil o fuerte: la frecuencia o

cantidad de contactos, la duración del contacto y la reciprocidad (calificada en términos de acciones conjuntas)¹⁶. Los tres criterios están dados por la temporalidad particular del proyecto y asumen una forma matematizada representada en números binarios (es decir, son traducidos a una matriz de unos y ceros). Esta manera de valuar relaciones es susceptible de ser transformada en otro tipo de representación iconográfica en el cual los vínculos entre actores sociales adquieren forma de grafo (Imagen 1).

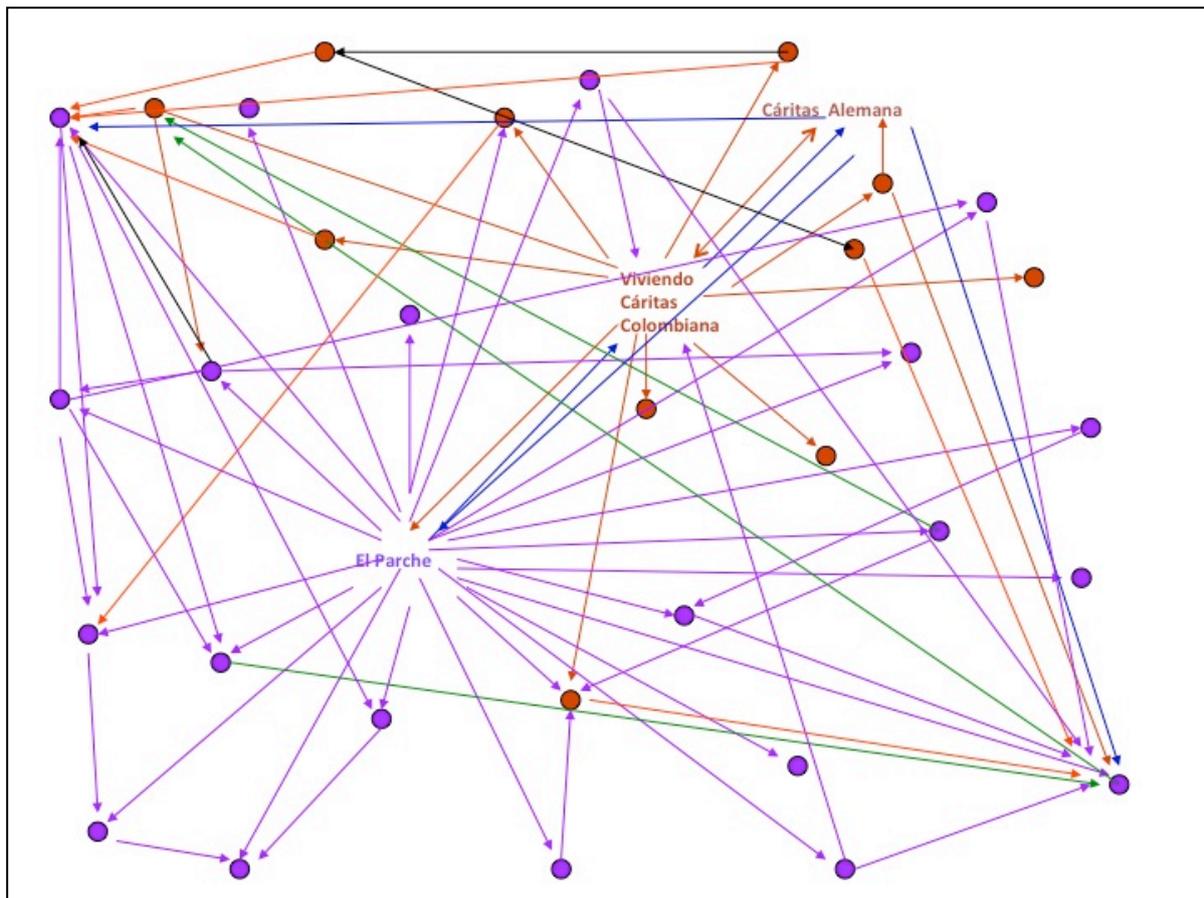


Imagen 1. Grafo de una red de recursos de “El Parche”. Fuente: Diapositiva de *PowerPoint* presentada en encuentro de expertos del CBT. 2006. Cortesía: Susana Fergusson.

En esta nueva traducción se conserva la intención de asociar cosas heterogéneas pero despojándolas de su carácter figurativo, pues este tipo de artefactos se exhiben como sustitutos formalizados de las relaciones sociales Riles (2001). En esta particular estética de las redes, representada por grafos y matrices numéricas, los vínculos entre actores sociales pueden ser visualizados. Ya no se trata de localizar a los líderes, ni de inventariar locales de trabajo sexual, parqueaderos, duchas, hoteles de paso, hospitales o expendios de drogas, sino de hacer evidentes “los hilos invisibles” que los unen. Se usa también una nueva terminología en la cual los actores se denominan “nodos” (o puntos de interconexión), los contactos “lazos”

(o vínculos) y la tabla “red de recursos comunitarios”. A medida que el proyecto crece, y dependiendo del escenario o del documento en el cual se muestre, estas redes pueden ampliarse e incluir a los financiadores y cooperantes, quienes, para este caso, se encuentran fuera de los límites del barrio intervenido e incluso, del Estado Nación colombiano.

Trazado el mapa de la red, se requiere activar el sistema de intercambio de servicios para que esta representación se mantenga o cambie “positivamente” incrementando el número de actores que intervienen en el canje (esta transformación puede ser matematizada y se denomina “amplitud” de la red). Para esto se realizan visitas a los miembros de la red y se planean actividades conjuntas. En una de las cartas de finales de 2002 Susana describe esta labor contándole a Efreem cómo había organizado una reunión con cuarenta trabajadoras sexuales y siete estudiantes de medicina quienes comenzaban a hacer prácticas en El Parche para hablar de SIDA; cómo le propuso a la gente del Comité de Derechos Humanos que adoptaran una mirada sistémica haciendo un mapa “de la red que somos” para ver y fortalecer relaciones entre instituciones, comerciantes y vecinos; cómo hizo contacto con el comandante de policía de la zona, con el gerente de un órgano de la Alcaldía encargado de ejecutar programas para habitantes de calle y prostitutas y cómo estableció un vínculo con el director del hospital quien resultó ser conocido de su familia.

Ahora bien ¿Qué tipo de intercambio es este? Con las trabajadoras sexuales se estaría intercambiando prevención por participación, es decir, información para evitar la aparición futura de una contingencia por información para llenar listas de asistencia y bases de datos que sirven como certificado de realidad (o “fuentes de verificación” como se denomina a este tipo de documentos en los proyectos de intervención social) de una acción de gobierno. Con las instituciones el trueque consistiría en hacer circular procedimientos y servicios heterogéneos que en teoría tienen la capacidad de cubrir las demandas de las poblaciones atendidas. Junto con estos “servicios” circula también el prestigio de las instituciones que intervienen “lo social”, fundamental para “ganar experiencia” y acceder a futuros recursos económicos.

Este tipo de artefactos y procedimientos diseñados para capturar e intervenir “lo social”, son solo una parte de los requisitos para hacer visibles las redes. Se necesita además de un *performance* en el cual los grafos son expuestos para que las personas (que han sido anotadas y clasificadas en los mapas-directorios tabulados) “observen la red” y la encuentren verosímil. Se trata de talleres para generar los acuerdos de intercambio y poner a circular las

informaciones que mantienen “activo” el circuito. En septiembre de 2002, Susana realizó una de estas reuniones que ella misma comenzaría a llamar “encuentros de red”. Los objetivos de este tipo de talleres son generalmente los mismos: hacer aparecer las redes y definir o encontrar un objetivo común. Para esto hay maneras de proceder más o menos estandarizadas. Una de ellas se denomina “metodología de matriz de priorización”, se trata de una actividad grupal para identificar “problemas” comunes enfatizando las situaciones sobre las cuales los miembros de la red pueden intervenir (los fenómenos denominados “estructurales” son descartados porque estos actores los consideran fuera de su alcance). Luego se le otorga un puntaje a cada uno de estos problemas, se califican y se promedian. Al final aparecen las “acciones priorizadas” sobre las cuales se montarán propuestas comunes para “movilizar” la red. El otro procedimiento es más lúdico, pero no menos importante: se desenrolla una madeja de lana y se dan las instrucciones necesarias para que cada uno de los participantes teja sus vínculos con los otros. Como se muestra en la Foto 1 el efecto estético hace que la urdimbre se materialice.



Foto 1. Encuentro de la red comunitaria. Fuente: Diapositiva de *PowerPoint*: sobre la historia del proyecto El Parche. 2006. Cortesía: Susana Fergusson.

Tal como sucede con las denominadas “redes de recursos”, hay artefactos para hacer visibles los vínculos de cada “beneficiario” del tratamiento comunitario. Al tomar los datos producidos por todos los países implicados en la puesta en marcha del CBT y del modelo ECO² los expertos que crearon estas tecnologías de gobierno, luego de un trabajo teórico y un proceso de tabulación y depuración estadística, llegarían a la conclusión de que una red de 13 nodos o menos constituye una amenaza de riesgo, mientras que una red de 5 nodos o menos, implica que el “Ego” está en una situación que amenaza su equilibrio psíquico (Milanese, Merlo & Machín, 2000). De igual manera, una red subjetiva con una tasa de interconexiones inferior al 30%, estaría indicando que la persona a partir de la cual se trazó dicha urdimbre se encuentra en alta vulnerabilidad (es decir, tiene mayores probabilidades de ser dañada por las drogas). La primera medida se denomina, como ya se dijo, “amplitud”, la segunda “densidad” (Imagen 2).

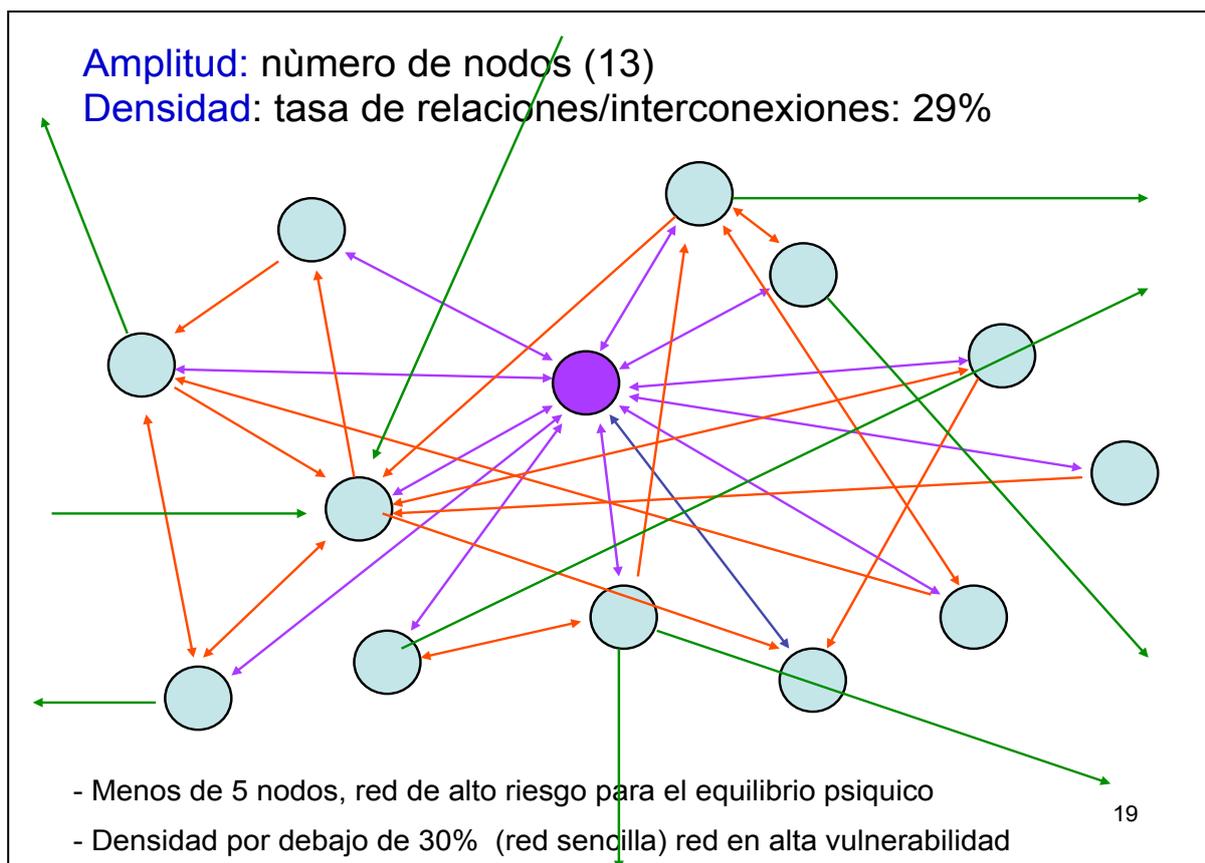


Imagen 2. Red Magma, caso prototipo del CBT y del Modelo ECO² (Ego en color morado). Fuente: Diapositiva de PowerPoint Seminario de expertos del CBT, 2006. Cortesía: Susana Fergusson.

Estos cálculos fueron hechos generalmente por expertos en el *network analysis* con base en los datos levantados en los diferentes países que aplicaban el Tratamiento Comunitario. En los “laboratorios” locales se “recogían” los datos pero no se analizaban, o en otras palabras, se replicaban técnicas pero no se producía teoría. De esta manera, cualquiera de los “parceros” de Susana, un habitante de calle, una travesti que servía como “carro” o un “campanero” consumidor de bazuco, serían traducidos en los informes comparativos y artículos científicos sobre el Tratamiento Comunitario como un “Ego” con una red poco densa y homogénea, dado que las escasas personas con las cuales se relacionaba se encontraban también en “riesgo” al tener una relación “disfuncional” con las drogas.

Aunque la lógica de cada “comunidad local” fuese particular, en los informes técnicos presentados ante los entes financiadores del CBT todas ellas aparecían como cuerpos sociales (discretos y naturalizados) afectados por los mismos problemas: la “exclusión grave” y el “alto riesgo” o la elevada probabilidad de ser afectados por el “abuso de drogas”. Para convertir estos “problemas” en “hechos” y demostrar la efectividad de las tácticas para gobernarlos, la gente de El Parche tenía que producir resultados en forma de tablas y números agrupados en distintos tipos de instrumentos (generalmente matrices digitalizadas en hojas de cálculo). Estos artefactos sirven para calcular los riesgos y la eficacia (o no) de las tácticas desarrolladas para disminuirlos. Al respecto, en el informe de 2007 presentado a Unesco Efram apuntaría que: “El propósito ha sido y es empoderar a los equipos en el uso de algunas formas de análisis no intuitivas buscando un equilibrio entre exigencias de los procedimientos estadísticos y entre la facilidad de acceso a este tipo de procedimientos” (Milanese, 2007: 39).

Uno de los artefactos usados en el tratamiento comunitario es el Instrumento de Seguimiento de Casos en Comunidades Locales -SPICL- (Tabla 1). Se trata de una matriz que debe ser diligenciada por los operadores encargados de “llevar casos”. Siguiendo la óptica de la reducción de daño, los operadores (“pares” en el caso de ONG de Susana) no obligaban a los “beneficiarios” a dejar de consumir drogas, su labor era ofrecerles servicios (de su organización o de la “red de recursos”) y asesorarlos para que no mezclaran sustancias e intentaran disminuir paulatinamente su uso. Esto porque, desde el punto de vista de quienes formularon este estilo de reducción de daños, el riesgo es entendido como un asunto relacional, o mejor, como el efecto producido por un “contexto”; de ahí que el CBT busque transformar las relaciones “potencialmente riesgosas”, conectando al “beneficiario” con nuevas personas (terapeutas, técnicos, pares, estudiantes, etc.), cosas (ropa, alimentos,

documentos, computadores, etc.) e instituciones (albergues, universidades, colegios, centros de asistencia social, clínicas de rehabilitación, jardines infantiles, posibles puestos de trabajo, etc.). En teoría una mayor “conectividad” implicaría menores riesgos y una red más “densa” y “heterogénea” para afrontar mejor los daños producidos por las drogas.

Este instrumento de seguimiento de casos sirve para “observar los cambios de las redes” y determinar si el tratamiento comunitario está surtiendo efecto. Para cuantificar estas formulaciones cada operador debe evaluar sus casos diligenciando una tabla de aproximadamente 600 filas que registra “factores de riesgo” relacionados con educación, drogas, trabajo, vida sexual, seguridad persona, salud, vida de grupo, familia, alcohol, legalidad, vivienda, higiene, alimentación, situación psicológica y redes familiares y subjetivas. La tabla está dividida en tres columnas: en la primera aparece el número del ítem a evaluar, en la segunda una serie de “estados y conductas” (lo que se es y lo que se hace) a través de los cuales se puede observar la fluctuación de los riesgos. La cuantificación de estos elementos potencialmente dañinos, se hace registrando la frecuencia con la que aparecen y analizando su iteración en el tiempo. En la tercera columna aparecen las convenciones usadas en el tratamiento comunitario para traducir a la forma numérica las observaciones e interacciones entre los operadores y los “beneficiarios” de esta clínica comunitaria¹⁷.

10:02	DROGA (30 mayo2006) [Dr 1]		10.2	DROGA (29 Nov 06) [Dr 1]	
2	(Dr 1) Usar simultáneamente tipos diferentes de drogas	5	2	(Dr 1) Usar simultáneamente tipos diferentes de drogas	3
4	(Dr 1) Traficar con drogas como forma de comercio	5	4	(Dr 1) Traficar con drogas como forma de comercio	3
6	(Dr 1) No controlar la calidad de la sustancia	5	5	(Dr 1) No controlar la calidad de la sustancia	2
7	(Dr 1) Pasar mucho tiempo en lugares donde se vende y consume droga	5	6	(Dr 1) Pasar mucho tiempo en lugares donde se vende y consume droga	2
8	(Dr 1) Prostituirse para comprar droga	5	7	(Dr 1) Prostituirse para comprar droga	3
10:03	TRABAJO (30 Nov 06) [Tr 1]		10.3	TRABAJO (30 Nov 06) [Tr 1]	
1	(Tr 1) Tener ocupación ilegal	5	1	(Tr 1) Tener ocupación ilegal	0
2	(Tr 1) Estar sin trabajo u ocupación	5	2	(Tr 1) Estar sin trabajo u ocupación	4
10:05	SEGURIDAD PERSONAL (30 Mayo 06) [Sg 1]		10.5	SEGURIDAD PERSONAL (30 Nov 06) [Sg 1]	
1	(Sg 1) Tener enemigos	5	1	(Sg 1) Tener enemigos	4
2	(Sg 1) Vivir en comunidades de alto riesgo	5	2	(Sg 1) Vivir en comunidades de alto riesgo	5
3	(Sg 1) Realizar actividades ilegales	5	3	(Sg 1) Realizar actividades ilegales	3
10:06	SALUD (30 Mayo 06) [Sld 1]		10.6	SALUD (30 Nov 06) [Sld 1]	
2	(Sld 1) No Tiene derecho a medicamentos vitales	5	2	(Sld 1) No Tiene derecho a medicamentos vitales	0
3	(Sld 1) Tiene Sida/Aids	0	3	(Sld 1) Tiene Sida/Aids	X
13	(Sld 1) Tiene tuberculosis	0	13	(Sld 1) Tiene tuberculosis	0

Tabla 1. Algunas variables usadas en el SPICL usado en El Parche. Cortesía: Susana Fergusson.

Si la eficacia de un tratamiento es la “cura”, estos cuadros funcionan como exámenes clínicos que permiten observar la presencia de un “ente patógeno” antes y después de la intervención de los especialistas. La “cura” como he venido mostrando, no implica terminar con el consumo sino hacer del “beneficiario” un individuo “funcional”, “incluido” en el circuito de intercambio de servicios institucionales de salud, educación y asistencia social, con un círculo de allegados más amplio y diverso. No se trata de erradicar el uso de “sustancias psicoactivas” sino de reducirlo a niveles aceptables y sobre todo, de poder reunir evidencia para demostrar dicho cambio. En teoría los contrastes entre los indicadores obtenidos en el primer contacto con el “usuario” y las evaluaciones posteriores permiten saber si en cada caso se han reducido los daños (es decir, si se han disminuido los riesgos). Si las tablas y las listas son instrumentos de objetivación usados para organizar la multiplicidad, juntando cosas heterogéneas y produciendo un efecto de simplificación de la realidad (Goody, 1977; Riles, 2001), lo que esta visión de mundo sugiere es que los riesgos, que pueden tener atribuciones ontológicas (por ejemplo vivir con VIH/Sida o tener un diagnóstico psiquiátrico) y performativas (verbigracia, realizar actividades ilegales o drogarse en lugares inseguros), pueden ser gestionados y reducidos a niveles de “normalidad”. Adicionalmente, este procedimiento terapéutico basado en el trueque de información y de servicios sería extensible a todo tipo de patologías producidas por “contextos de riesgo”, los cuales, según las organizaciones de la sociedad civil y los expertos que he venido presentando, están relacionados directamente con la “presencia” o “retirada” del Estado. El Estado sería al mismo tiempo un factor de riesgo y el proveedor de buena parte de los procedimientos de cura del Tratamiento Comunitario, mas sin embargo, ante el “fracaso” de su misión tutelar, la sociedad civil se encargaría de reducir los daños producidos por su ausencia.

Desrosières (2010) plantea que los indicadores son herramientas de cuantificación con usos científicos y administrativos empleados para el gobierno a distancia, que funcionan en una configuración o “forma de estado” específica que este autor define como neoliberal. Por tanto, aunque el conjunto de variables usadas en el tratamiento comunitario para cuantificar el riesgo hubiese mudado con la experimentación hecha en cada país, los indicadores (es decir, las tablas y los números producidas en cada centro de escucha) no podían ser diferentes para cada una de las “comunidades locales”, de lo contrario dejarían de ser instrumentos válidos para producir “réplicas”, datos “comparables” y “objetivos”. En otras palabras, el contraste de elementos heterogéneos “autónomos” y “autorregulados” desarrollado por el conocimiento científico, el *management* y las teorías de la gobernanza y del “Estado sin centro” hacen parte

de un mismo universo en el cual tecnologías de gestión poblacional como el CBT, accionadas por agentes y agencias de escalas diversas, naturalizan medios, convierten relaciones sociales en objetos visibles y manipulables, en una operación mágica con la eficacia performativa necesaria para cambiar la estructura de un constructo denominado red.

Génesis de una experta

La vida social de las políticas públicas y de las personas que las fabrican van de la mano. Durante sus años como directora de El Parche Susana participó en varias reuniones de la red RAISSS en México, Centroamérica y Brasil y viajó por varios países de la Unión Europea para conocer más sobre el trabajo con farmacodependientes. En estos encuentros puso a prueba su capacidad para ensamblar materiales (tablas, grafos, fotografías, relatos, mapas, esquemas) y convertirlos en una experiencia digitalizada lista para ser transportada e intercambiada a través de *pen drives*. A finales de 2006, Susana fue invitada a Freiburg (Alemania) para presentar los resultados de 6 años de experimentación del CBT. Para este *performance* Susana construyó una nueva presentación de *PowerPoint* con asesoría de Efrem para “ilustrar por medio de un caso”, el uso de los instrumentos de valoración del riesgo y los efectos del tratamiento comunitario en el barrio Santa Fé. Como de costumbre, Susana le escribió varias cartas a Efrem quien a su vez le respondió dándole las siguientes recomendaciones: en primer lugar era importante “hacer aparecer los números y los porcentajes”, mostrar el detalle con el cual se analizaba y discutía cada caso y explicar la manera en que este proceso “impactaba la calidad de las acciones” (esto teniendo en cuenta que el director de los proyectos de cooperación internacional de Caritas Alemana en el área de drogas, había quedado impactado con una demostración de estas tácticas hecha por Efrem en Puerto Príncipe y quería que todos los *partners* asumieran dicho sistema). En segundo lugar era clave indicar cómo se había adaptado el sistema a las condiciones del barrio Santa Fé y hacer evidentes algunas limitaciones (mostrar autocrítica y flexibilidad del modelo). Como tercera medida le recomendaba conservar su “pasión” para exponer su trabajo y finalmente le sugería un orden para organizar las diapositivas que incluía: título, algunos *slides* con las “razones” y la manera en que se iba desarrollando la experimentación (sus instrumentos e impactos) en medio de un “contexto de riesgo”; luego pasar las tablas y las “categorías de acción”; después hacer énfasis en “14 categorías” para valorar el riesgo (definidas así para optimizar tiempo y recursos) e ilustrarlas con fotos y, finalmente, presentar los “instrumentos”, la manera de diligenciarlos y algunos resultados por medio del caso. Esto ayuda a entender el procedimiento para hacer aparecer un “contexto de riesgo”, juntando materiales de distinta

procedencia, encuadrándolos en una línea de tiempo (para generar un efecto de transformación) y producir una puesta en escena, una improvisación adecuada emotiva y convincente. Este tipo de performances se fueron repitiendo con cierta frecuencia: a principios de 2007 Susana viajó a Luxemburgo, pasó por varios países de América Latina y después visitó los diferentes centros de escucha que se habían instalado en varias ciudades de Colombia. En todos esos viajes su misión fue “replicar la experiencia” de El Parche, materializada, como he venido mostrando, en imágenes bidimensionales proyectadas en paredes.

Susana se estaba tornando una experta en objetificar el riesgo y producir prototipos para gobernarlo. Pero antes de esto, tendría que aprender varias cosas sobre la forma correcta de circular información en un proyecto de cooperación internacional, pues como apunta Keith Hart (1987) lo que hace algo “formal” es su conformidad con una idea particular gobierno. La correspondencia cruzada con el experto durante 2006 y 2007 muestra algunas recomendaciones: la redacción debe hacerse en “estilo plano”¹⁸ (no interpretativo, evitando juicios de valor y comentarios que no estén justificados); nunca se dan números sin tener una idea clara de las consecuencias (por ejemplo de beneficiarios de un proyecto); cuando se mandan informaciones hay que recordar que del otro lado está un funcionario que puede ser tu amigo, pero en otro momento te puede pedir cuentas de todo lo que has escrito; nunca escribir “no entendí”, se puede decir que lo que se pide puede producir respuestas contradictorias y pedir mayor claridad; nunca decir “no sé” no suena bien y proporciona una imagen de una persona poco competente; hay comunicaciones formales (las del asesor) e informales (las del amigo): las primeras protegen de incomprendimientos, contradicciones y confusiones (es decir, de fuentes de conflicto y malentendidos), mientras que la segunda, es subjetiva y valorativa por tanto no debe usarse con los cooperantes ni con los *partner* cuando se quiera tratar un asunto “oficial”; en general, las propuestas y los resultados deben ser entregados en inglés (el idioma de la economía y del desarrollo); no es adecuado escribir directamente a los donantes sin autorización del experto que supervisa el proyecto; los cooperantes no leen correos con más de 5 líneas, así que los comunicados deben ser “concretos” y finalmente “no tomar las exigencias burocráticas como algo personal, son procedimientos con los cuales hay que cumplir”. Estos consejos (que son en sí valores, visiones de mundo), son transportados por expertos que circulan más allá de la circunscripción espacial de los estados nacionales. Se trata de un conocimiento especializado fundamental para entender algunos de los requisitos que una persona debe cumplir para convertirse en especialista en el manejo de un problema de

gobierno y la manera en que la información debe ser presentada de acuerdo con la gramática del desarrollo y de las políticas públicas.

Los *e-mails* (al igual que los otros materiales descritos) permiten rastrear mediaciones y en general analizar las estrategias desarrolladas por los *profesionales del riesgo* para traducir en acciones las fórmulas del Tratamiento Comunitario. En este sentido los *e-mails* son también un dispositivo “cualitativo” para lidiar con la distancia entre las “bases” y los especialistas que construyen los proyectos de cooperación internacional. Este punto es interesante puesto que aquí no solo estamos hablando de flujos de números que producen efectos en distintas latitudes espaciales (esto no quiere decir que no los haya); el asunto es que esta correspondencia revela de manera explícita cómo la promesa objetiva de los números (esa presunta minimización del conocimiento íntimo y de la confianza personal que caracterizan en teoría a las políticas públicas y al lenguaje administrativo) se construye por medio de la circulación de afectos, moralidades y concepciones de mundo. La correspondencia entre Efreem y Susana parecería ser una práctica contraria a la asesoría experta, mediada por indicadores y, en general, por dispositivos cuantitativos para el gobierno a distancia, no obstante, estos “consejos” y la producción de números para demostrar la eficacia objetiva del Tratamiento Comunitario no son procedimientos contradictorios sino complementarios.

En suma, las estrategias por medio de las cuales los actores agrupan intereses incompatibles y diversos, no está explícita en los informes, al contrario, su arquitectura (y también de los documentos denominados modelos y políticas públicas), diseñada para mostrar resultados en el lenguaje abstracto de las matemáticas, busca construir conocimiento por medio representaciones “desinteresadas” (Poovey, 1998). El efecto de este procedimiento es mostrar números, matrices, grafos, informes y marcos lógicos como instrumentos de gobierno libres de su dimensión moral y por tanto efectivos e imparciales. No obstante, lo que esta etnografía muestra es que, a pesar de su promesa de objetividad, no hay continuidad ni relación trascendente entre las metas de un proyecto (o de una política pública), las acciones que se llevan a cabo para desarrollarlo y los datos que se construyen para que esas acciones se conviertan en números con la capacidad de demostrar efectos de gobierno. Entre tanto, el “éxito de la curación” terminará transformando al remedio y de paso a las personas que lo aplican: la educadora se tornará experta y el tratamiento comunitario perderá su “informalidad” al insertarse en la codificación tipificada de la administración pública.

Aquello que las sustancias substituyen

En 2012, esta vez en medio de mi trabajo de campo, volví a Colombia para realizar una serie de entrevistas con actores clave y tuve la oportunidad de participar en un encuentro de la Red Americana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) a la cual pertenece la ONG con la que trabajé. Al evento realizado en la ciudad de Bucaramanga habían comparecido miembros de organizaciones de México, El Salvador, Chile, Brasil, Colombia, asesores internacionales de la Cáritas Alemana y representantes de otros tres países que estaban intentando integrarse a RAISSS. Durante su segundo día de trabajo Efrem y Dorothea (otra especialista que trabaja con Cáritas Alemana) analizaron ante un auditorio universitario los puntos más valiosos de las “experiencias” presentadas por sus colegas latinoamericanos (los miembros de RAISSS) y por algunos expertos nacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, socios estratégicos de RAISSS Colombia (la red que hoy agrupa a las ONG que aplican el Tratamiento Comunitario en el país), que estaban anunciando la incorporación de tratamientos para consumidores de heroína basados en el suministro de metadona como sustituto de la droga. Durante sus presentaciones reiteraron algunas cuestiones clave que permiten apreciar el efecto de realidad generado por el cruce entre emotividad (movilizada a través de experiencias de instituciones y personas) y racionalidad (agenciada por documentos y discursos que evalúan científicamente los procedimientos de intervención social):

a) Efrem planteó que el modelo de trabajo comunitario que asesoran es una respuesta eficaz en términos de costo y beneficio al consumo problemático de drogas, dado que: se trata de una propuesta basada en evidencia científica con un porcentaje de eficacia del 30%, muy superior a los resultados reportados por comunidades terapéuticas (9%). Además, por lo menos en el ámbito de los países que hacen parte de RAISSS, la respuesta estatal para este problema de salud pública no supera el 20% y no se tienen indicadores precisos para la evaluación de la mayoría de programas. Así que, según él, sería plausible afirmar que el 80% de los usuarios problemáticos no están cubiertos y que el Tratamiento Comunitario puede contribuir sustancialmente a llenar ese bache.

b) Dorothea recordó su primera visita a la ciudad y describió la situación de los habitantes de la calle que permanecían en uno de los parques principales. Afirmó haber visto de cerca el sufrimiento, pero también, que al ir caminando, atravesar la calle y encontrar La Carpa (el Centro de Escucha¹⁹ de la organización anfitriona), pudo divisar la esperanza, la respuesta al sufrimiento social. Recordó también que esta respuesta es el producto de una red, que se ha

convertido en un modelo y que ha sido cofinanciada por Cáritas Alemana y varias instancias gubernamentales. Al final, mencionó que el modelo es una mezcla de vivencias y saberes, haciendo referencia a la experiencia brasileña, basada en la historia de vida de la directora de la organización *partner*, una psicóloga experta en farmacodependencia quien, ante la imposibilidad de procrear decidió abrir un programa de rehabilitación para mujeres afectadas por las drogas y sus hijos; y la de Susana en Colombia quien, con su postura antiacadémica, se habría arriesgado a trabajar privilegiando a los actores comunitarios sobre los técnicos.

c) Efrem hizo una reflexión teórica sobre cambios de escala, complejidad y alianzas sin mencionar a ningún actor en particular y terminó su alocución con una serie de preguntas: ¿Cuál difícil es saber lo que realmente sucede? ¿Cómo superar las ideas de linealidad y autorregulación? ¿Qué significa pensar en cambios de escala, en convertir una experiencia particular en universal? ¿Por qué no abandonar la idea de serie y comenzar a pensar en prototipos? ¿Qué cosas pueden cambiar de escala y qué cosas no? ¿Qué cosas tienen que seguir siendo prototipos para conservar su eficacia en términos políticos?

Al día siguiente, en la reunión de la Red, los expertos criticaron fuertemente la intervención de los funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y pude entender el sentido de las preguntas abstractas que habían sido formuladas el día anterior. El centro del desacuerdo era la propuesta presentada por una médica salubrista, según la cual la nueva estrategia del gobierno era comenzar a suministrar metadona (o en su defecto uno de los opiáceos sintéticos usados actualmente en psiquiatría para paliar el denominado “síndrome de abstinencia”) a los usuarios de heroína, debido al aumento significativo del consumo en algunas ciudades del país. El problema, según Efrem, es que esta medida invisibiliza el trabajo que garantiza la adherencia²⁰ al tratamiento y medicaliza todo el sistema, pues sustituye un proceso cultural por una práctica médica. El experto puso el ejemplo de las experiencias europeas de reducción de daño, en las cuales fue indispensable crear dispositivos de fácil acceso fuera de los hospitales psiquiátricos y agregó que este tipo de servicios sólo funcionan si se ha creado previamente un escenario que asegure su éxito, esto es, si el servicio es reconocido como un recurso por una comunidad local.

La polémica comenzó a desplegarse y a plantearse en un plano menos operativo cuando Efrem enfatizó que su trabajo como asesor había sido, en gran medida, intentar difundir un punto de vista según el cual el problema no está en las sustancias, sino en aquello que las sustancias substituyen, y agregó, que el “enemigo” de hoy es la tendencia mundial a sustituir el tratamiento por psicofármacos. En suma, la gran amenaza sería pasar de la criminalización

a la medicalización del consumidor de drogas. La cura, concluyó el experto, “no está allí”, la cura sólo se obtiene “introduciendo elementos culturales diferentes para que el sistema cambie”. Desde este enfoque, el fracaso de las políticas de drogas que intentan regular el consumo está en la lógica lineal que inicia por la prevención y termina con la inserción social de quien se rehabilita, pues este procedimiento “justifica la represión”. En ese momento Efrem lanzó una pregunta que puso a los anfitriones del encuentro en una situación de confrontación con el resto de la red: “¿Por qué RAISSS Colombia apoya un tratamiento de sustitución de sustancias y medicalización de los adictos?”.

Espacialización, sincronización y efecto Estado

La crítica de Efrem apunta a un problema de “escala” relacionado con la transmutación que sufrió el tratamiento comunitario al ser traducido al lenguaje administrativo del Estado. Este cambio de forma habría producido un efecto no deseado pues la propuesta anti-institucional de la clínica comunitaria oriunda de la “sociedad civil” tuvo que entrar a competir con otra serie de tácticas gubernamentales centradas en postulados opuestos y avalados por otras teorías tales como los enfoques salubristas del manejo social del riesgo, el modelo biopsicosocial y el paradigma de la prevención, empeñados en impedir el contacto entre personas y drogas; la psicofarmacología centrada en la idea de substituir sustancias (por ejemplo metadona por heroína) para que el individuo alcance cierto grado de “funcionalidad”; las teorías de matriz económica basadas en la idea de la maximización de intereses y la elección racional y las terapéuticas psicológicas orientadas a la toma de conciencia individual. De igual manera, la “institucionalización” o mejor, el modo en que esta singular reducción de daños “latinoamericana” incorporó el patrón discursivo del gobierno racional de la vida (es decir, de la “salud pública”), implicó su alineación con las políticas de seguridad y fiscalización que buscan erradicar las sustancias calificadas como peligrosas por la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 y sus subsecuentes ratificaciones por los países miembros de la ONU y de la Organización de Estados Americanos (OEA). RAISSS habría “vendido” el CBT al Estado colombiano, modulando así la postura anti-institucional y anti-prohibicionista, arriesgando su efectividad al trasplantar estos modelos en espacios que sobrepasan el ámbito de aplicación en el cual dichos ensamblajes adquieren sentido: la comunidad local. Este parece haber sido el costo de lograr la anhelada incidencia para contrarrestar “daños políticos”.

En Colombia el CBT se convirtió en una estrategia estatal de salud pública con todas las implicaciones que esta nueva codificación representa: desde un punto de vista estrictamente

técnico se habría sacrificado su postura terapéutica, pero desde un ángulo eminentemente político “la experiencia” colombiana se convirtió en referencia para las organizaciones de la sociedad civil de otros países de la región, cuya meta es que su estilo de trabajo se torne política pública²¹. Esta sería una forma particular de participar en el gobierno y de transformar un centro ejemplar de poder (Geertz, 1980) denominado Estado. Las Organizaciones No Gubernamentales, con su doble movimiento de distanciamiento y articulación, contribuyen así a construir una ilusión de totalidad discursivamente aprehensible (Corrigan & Sayer, 1985) frente a la cual se distancian y trazan un límite aparentemente externo y trascendente (Mitchell, 1999). Desde el punto de vista de los expertos aquí citados, las organizaciones de la sociedad civil trabajan para producir transformaciones sociales desplegando estrategias para influir en tres tipos de circunscripciones discretas conectadas por medio de fuerzas y vínculos y ubicadas en espacios sociales verticalizados y jerarquizados: “estados” arriba, “sociedad civil” en el centro y “bases” abajo. Empero, la observación etnográfica de estas formas de gobierno muestra como esta espacialización (Ferguson & Gupta, 2002; Ferguson, 2006), de límites claros y soberanías circunscritas, colapsa. La parte de “arriba”, por ejemplo, excede al estado nación, pues tendría en el tope a las agencias multilaterales y a los países industrializados que patrocinan la cooperación internacional y cuentan con poder de injerencia en los mandatos del sistema de Naciones Unidas; en el “centro” estarían colectividades políticas heterogéneas como las regiones o agrupaciones de países receptores de cooperación, los propios estados nacionales y las redes de organizaciones de la sociedad civil y “abajo” aparecería de nuevo las agencias de cooperación y la sociedad civil quienes, junto con las instituciones gubernamentales, intervienen comunidades locales para hacerlas más “seguras”, estimulando así la circulación de bienes, servicios y personas.

Observando la cosmología política trazada en este caso etnográfico diríamos que los *profesionales del riesgo* han detectado agentes dañinos en diferentes lugares de esta particular topografía vertical de poder (Ferguson, 2006); de tal modo que, desde su punto de vista, las políticas de drogas emanadas de la cúspide de esta estructura, tendrían la capacidad de afectar todo el sistema y provocar “sufrimiento” en los individuos y las comunidades más vulnerables. De igual manera, en el nivel inferior se producirían las “prácticas” y “representaciones sociales” que, agravadas por los problemas económicos y la falta de respuesta institucional, convertirían al consumidor de drogas en objeto de “exclusión social”. Ante este escenario, el papel de la sociedad civil organizada sería el de ver –y trabajar- doble usando las redes sociales como táctica para el cambio y explicación de la realidad (Riles, 2001). Para esto

toman recursos de la esfera superior (dinero y expertos) y los invierten en la construcción de modelos de transformación social que aplican abajo (“en lo concreto”) y en la conformación de redes para gestionar la codificación de dichos modelos en la esfera superior a través de la generación de una política pública, un tipo artefacto con potencialidad de transformar visiones de mundo (Texeira & Souza Lima, 2010). Para estos actores, este doble movimiento espacial “de arriba hacia abajo” y de “abajo hacia arriba” permite transformar la realidad y hacer que dicho cambio perdure en el tiempo. De esta manera se entiende el papel central de las redes y los números derivados de su análisis: proveer la evidencia necesaria para demostrar que es posible objetivar el cambio de un fenómeno poblacional y de paso generar las condiciones necesarias para que ciertos tecnologías sean reconocidas como formas racionales de gobierno.

El caso del Tratamiento Comunitario (materialización de una visión de mundo según la cual las redes sociales son capaces de prevenir accidentes, curar malestares y mejorar la vida de una población) permite entender cómo para que una táctica de gobierno permanezca en el tiempo o, usando el término nativo, se haga “sustentable”, sus artífices deben garantizar que la temporalidad específica de sus proyectos (objetificada en cronogramas e indicadores de gestión) se sincronice con el tiempo perenne del Estado. Las racionalidades, tecnologías y performances que los profesionales del riesgo combinan les permiten construir una versión verosímil de transformación espacio-temporal centrada en el poder de las redes sociales, artefactos que son, al mismo tiempo, una teoría sobre la estructura de la sociedad, una herramienta para el cambio y un objeto de gobierno. Para conseguir este efecto de intervención del futuro los *profesionales del riesgo* debieron antes consolidar una comunidad interpretativa (Mosse, 2005) convencida de la eficacia de su estilo terapéutico. Este convencimiento, no es únicamente un procedimiento de conversión, en el sentido weberiano de cambiar a través de la razón, es también el resultado de trayectorias vitales que se cruzan, de alianzas, de intereses políticos, de la intersección de agentes de escalas múltiples que convergen en una “política de vida” (Fassin, 2007) y de paso nos señalan caminos para entender la dimensión moral de la ciencia y la administración racional de poblaciones.

Al final de la historia Susana dejó el Ministerio, no pudo luchar con la tecnocracia y volvió al mundo de las ONG, como ella dice “la burocracia es el cáncer de los sueños”, y yo comprendí que pasé los primeros años de mi vida profesional realizando una clase de trabajo que ciertos académicos critican: el de hacer parte de una “comunidad interpretativa” que alimenta la idea de la existencia del Estado. Estado-artefacto diría Abrams (1988), símbolo unificador de su desunión soportado por prácticas cotidianas. Frente a esto, lo más interesante que pude

aprender en los últimos años fue entender el desafío asumido por varios antropólogos (De L'Estoile, Neiburg, Sigaud, 2005; Texeira & Souza Lima, 2010; Mosse, 2006) de convertir ese tipo de experiencias en objeto de reflexión, intentando evadir explicaciones *a priori*, mostrando que la separación entre ciencia y política es más bien un espacio de disputa entre grupos interdependientes con especialistas que intervienen como competidores y potenciales aliados, tomando distancia de la gramática del Estado que impide pensar más allá del “poder soberano” de las instituciones democráticas y de los límites arbitrarios trazados por acuerdos y convenciones políticas. Mi trabajo es un esbozo acerca de las posibilidades de estudiar etnográficamente las políticas de drogas para comprender la cosmología política implícita, los agentes, los performances y los materiales que dan sentido a una forma particular de gobierno en la cual el Estado se presenta como diseminado en varias centralidades más o menos autónomas, los sujetos y las comunidades se auto-organizan para gobernar sus contingencias, las bases se contactan transnacionalmente, las redes curan enfermedades y las drogas, sustancias clasificadas como la segunda mercancía más rentable del mundo después de las armas, siguen suscitando en los seres humanos preguntas sobre los límites entre lo permitido y lo prohibido, lo legal y lo ilegal, el placer, el conocimiento y el riesgo.

Bibliografia

ABRAMS, Philip. 1988 [1977]. "Notes on the difficulty of studying the state". *Journal of Historical Sociology*, 1 (1): 58, 89

BECKER, Howard. 2001. Les drogues: que sont-elles? In: Becker, Howard. *Qu'est-ce qu'une drogue?* Anglet: Atlantica,

BRECHER, Edward. 1972. *The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs*. Consumers Union: Washington D.C.

COMISIÓN LATINOAMERICANA SOBRE DROGAS Y DEMOCRACIA (CLDD). *Drogas y democracia: hacia un cambio de paradigma*. 2009. Disponível em: <http://www.drogasedemocracia.org/Espanol/DocumentosComissao.asp>. Acesso em: 17 out. 2010.

CORRIGAN, Philip & SAYER, Derek. 1985. *The great arch. English state formation as cultural revolution*. London: Basil Blackwell.

DE L'ESTOILE, Benoît. 1997. "The 'natural preserve of anthropologists': anthropology, scientific planning and development", *Information sur les Sciences Sociales*, 36 (2): 343-376.

DE L'ESTOILE, Benoît, NEIBURG, Federico. & Lygia. SIGAUD. 2005. "Introduction". In: *Empires, Nations, and Natives: Anthropology and State-Making*. De L'Estoile, Benoît, Neiburg, Federico & Lygia Sigaud (ed.), Duke University Press Books.

DESROSIÈRES, Alain. "Est-il bon, est-il méchant? Le rôle du nombre dans le gouvernement de la cité néolibérale." Communication au *Seminaire L'informazione prima dell'informazione, conoscenza e scelte pubbliche*, Universite de Milan Bicocca, 27 mai 2010.

ESCOHOTADO, Antonio. 2002. *Historia General de las Drogas*. Espasa: Madrid.

FASSIN, Didier. 2007. *When Bodies Remember. Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press.

FERGUSON, James. 2006. *Global Shadows: Africa in the Neoliberal World Order*. Duke University Press.

FERGUSON, James; GUPTA, Akhil. 2002. "Spatializing States: Toward an ethnography of neoliberal governmentality". *American Ethnologist*, 29 (4): 981-1002.

FERGUSON, Susana & GÓNGORA, Andrés. "La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad". Communication: *II Conferencia Anual, Programa de Cooperación en Políticas de Drogas entre América Latina y la Unión Europea –COPOLAD*. Bruxelas, jul. 2012.

IORE, Maurício. 2008. "Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de drogas". In: *Drogas e Cultura: Novas perspectivas*. Labate, Beatriz. et al. (orgs.). Salvador: EDUFBA, FAPESP, pp. 141-154.

FOUCAULT, Michel. 2005 [1975 - 1976]. *Em Defesa da Sociedade*. Martins Fontes: São Paulo.

FOUCAULT, Michel. 2007 [1977-1978]. *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica: México D.F.

GEERTZ, Clifford. 1980. *Negara: the theatre state in nineteenth-century Bali*. Princeton University Press.

GOODY, Jack. 1977. *The Domestication of the Savage Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.

GÓNGORA, Andrés & SUÁREZ, Carlos. 2008. “Por una Bogotá Sin Mugre: violencia, vida y muerte en la cloaca urbana”. In: *Universitas Humanística*, 66 (1): 107-138.

GÓNGORA, Andrés. 2013. *Redes que Curam: Riscos, danos e políticas de drogas na Colômbia*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____. 2013a. “Curar Comunidades: Gubernamentalidad, reducción de daño y políticas de drogas en Colombia”. In: *Padecer, Cuidar y Tratar: Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Epele, María (Comp.). Editorial Antropogafia. Buenos Aires.

_____. 2012. “Redes Riesgos y Drogas: Hacia una antropología de las formas de gobierno”. In: *Nuevas Antropologías Colombianas: experiencias metodológicas*. Espinosa, N. Tapias, C. y A. Góngora (Comp.). Editorial Zenú: Montería-Medellín.

HARM REDUCTION COALITION – (HRC) *Harm Reduction Communication - Fall (1998)*. Disponível em : <http://www.harmreduction.org>. Acesso em : 14 jul. 2011.

HART, Keith. 1987. “Informal Economy.” *The New Palgrave - A Dictionary of Economic Theory and Doctrine*, Vol. 2.

HOFFMANN, Albert. & SHULTES, Richard. 1982. *Las Plantas de los Dioses*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

MACHÍN, Juan. 2010. “Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social”. In: *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18 (12). Disponível em: http://ddd.uab.cat/pub/redes/15790185v18/vol18_12.htm#_ftnref3. Acesso em: 14 jul. 2011.

MAUSS, Marcel & HUBERT, Henri. 2008 [1904] “Esboço de uma teoria geral da magia”. In: *Sociologia e Antropologia*. Mauss, M. CosacNaify. São Paulo. pp. 47-182.

MILANESE, Efrem, MERLO, Roberto. & Juan MACHÍN. 2000. *Redes que Previenen*. Instituto Mexicano de la Juventud y Centro Cáritas de Formación: México D.F.

MILANESE, Efrem; MERLO, Roberto & Brigitte, LAFFAY. 2001. *Prevención y cura de la farmacodependencia: una propuesta comunitaria*. Plaza y Valdéz: México D.F.

MILANESE, Efrem. 2009. *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave*. México: Plaza y Valdés, CAFAC.

_____. Tratamiento comunitario de las adicciones: anotaciones teóricas. *Vº encuentro de la RECOISS: Redes e Incidencia Política*. Universidad de las Américas, Panamá, 7 set. 2010.

_____. 2012. *Tratamiento Comunitário: Manual de Trabalho I*. Brasil : Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, Instituto Empodera: São Paulo.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL (MPS). 2007. *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto*. República de Colombia: Bogotá D.C.

MITCHELL, Timothy. 2002. *Rule of Experts: Egypt, Techno-Politics, Modernity*. University of California Press.

_____. 1999. “Society, economy and the state effect”. In: Steinmetz, George (ed.). *State/Culture. State-formation after the cultural turn*. New York: Cornell University Press.

- MOSSE, David. 2005. *Cultivating development: an ethnography of aid policy and practice*. Pluto Press: New York.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Enmendada por el protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 2010. *La política de drogas y el bien público*. Washington, D.C.
- POOVEY, Mary. 1998. *A History of the Modern Fact: problems of knowledge in the science of wealth and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- RILES, Annelise. 2001. *Network Inside Out*. The University of Michigan Press.
- RODRIGUES, Thiago. 2008. “Tráfico, Guerra, Proibição”. In: *Drogas e Cultura: Novas perspectivas*. Labate, Beatriz. et al. (orgs.). EDUFBA, Salvador.
- ROJAS, Carlos. 1994. *La Violencia llamada “limpieza social”*. Bogotá: CINEP.
- ROSE, Nicklas & MILLER, Peter. 2008. *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*, Polity.
- SIMÕES, Júlio. 2008. “Prefácio”. In: *Drogas e Cultura: novas perespectivas*. Labate, Beatriz et. al. (org.). Salvador: EDUFBA, FAPESP, pp. 13-22.
- STANNOW, Loviza. 1996. *Social cleansing” in Colombia*. Magister Thesis, Simon Fraser University.
- SUÁREZ. Carlos. 2012. *O Estado e o Abjeto: Discursos, dispositivos e políticas públicas para remoção de moradores de rua em Bogotá (Colômbia)*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-graduação em Antropologia.
- TEIXEIRA, Carla.; SOUZA LIMA, Antônio. 2010. “A antropologia da administração e da governança no Brasil: área temática ou ponto de dispersão? In: Duarte, Luiz Fernando Dias, (coord. de área); Martins, Carlos, (coord. general). *Horizontes das ciências sociais no Brasil: antropologia*. São Paulo: ANPOCS, pp. 51-95.
- URIBE, María. 2004 "Dismembering and expelling. Semantics of political terror in Colombia" . In: *Public Culture*, 16 (1): 79–95.

Notas

¹ El denominado paradigma de la “reducción de daño” es una estrategia de salud pública originada en la década de 1980 en Europa ante la difusión del VIH/Sida y su relación con el uso compartido de drogas inyectables. Aunque las acciones de dichos programas varían según el país –pues van desde el intercambio de jeringas en la calle hasta la prescripción médica de opiáceos subsidiados por el Estado- la reducción de daños como estrategia específica se refiere a aquellas políticas y programas que aspiran a “minimizar” las secuelas del consumo de “drogas” sin exigir la abstinencia (MPS, 2007; HRC, 1998). Desde el punto de vista clínico, la reducción de daño se opone a los tratamientos reclusorios de los centros de desintoxicación (que generalmente usan fármacos sustitutos) y a las “comunidades terapéuticas” por considerarlas técnicas de encerramiento que refuerzan la exclusión; desde la perspectiva de las políticas públicas, programas y proyectos de intervención social, la reducción de daño se opone a las estrategias “prohibicionistas” basadas en la criminalización y eliminación del

“uso no terapéutico” de las sustancias psicoactivas ilícitas por considerarlas poco pragmáticas e históricamente inútiles (Machín, 2011; Milanese, 2008; Góngora, 2012; 2013a).

² Como me fue sugerido por los antropólogos Antônio Carlos de Souza Lima y Carlos Guilherme do Vale hay varias posibilidades analíticas y comparativas entre la confección de esta política pública y la “política de Aids” en Brasil, que permiten examinar la compleja relación entre movimientos sociales y Estado en diferentes circunscripciones políticas. Al respecto pueden consultarse los trabajos de Patrick Larvie, *Managing Desire: AIDS, Sexual Citizenship and the New Brazilian Homosexuality*, PhD Dissertations. University of Chicago, 1998; Carlos Guilherme do Valle *The Making of People Living with HIV and AIDS: identities, illness and social organization in Rio de Janeiro, Brazil*, PhD Dissertations, University College London, 2000 y de César Abadía-Barreto *I have AIDS but I am happy: Children’s subjectivities, AIDS, and social responses in Brazil*, Universidad Nacional de Colombia, Colección Obra Selecta, 2011.

³ Sigo a David Mosse (2005) para quien la participación de un antropólogo en proyectos de cooperación internacional le brinda la posibilidad de hacer una “deconstrucción participante”; según este autor el trabajo etnográfico estaría en trazar puntos de fuga entre los discursos críticos (hechos en clave de denuncia, dominación y resistencia) y el optimismo liberal (o neoliberal) que entiende el desarrollo como la solución ante el atraso y la pobreza.

⁴ Una definición estrictamente técnica del término sería: “cualquier sustancia que, en contraste con los alimentos, no es asimilada de inmediato como medio de renovación y conservación por el organismo, pero es capaz de desencadenar en el cuerpo una reacción tanto somática como psíquica de intensidad variable” (Simões, 2008:14). La palabra “psicoactivo” que parece ser más específica, es usada en el ámbito científico para definir un extenso rango de sustancias que alteran el sistema nervioso central produciendo una interferencia en el proceso de captación y recepción de neurotransmisores relacionados con sensaciones de bienestar (Fiore, 2008). No obstante, la definición de una sustancia como droga o medicamento, depende menos de sus propiedades farmacológicas y más de la manera en que el Estado (en sus distintas facetas) decide lidiar con ella (Becker, 2001; Simões: 2008).

⁵ Término usado en la primera Convención de las Naciones Unidas sobre estupefacientes (también llamada Convención Única de 1961) para referirse a lo que hoy se denomina “abuso de drogas”. Para una descripción más amplia de estos tratados internacionales y sus repercusiones en la política pública colombiana véase Góngora (2013).

⁶ El 1 de febrero de 1909 se reunió en Shangai la primera *Conferencia Internacional sobre el Opio*, y tras una segunda (1912) y una tercera (1914) en La Haya, se llegó a un acuerdo para propiciar un control más estricto de los denominados narcóticos o estupefacientes, que son, *stricto sensu*, las sustancias derivadas de la síntesis química del opio como la morfina, la heroína y la codeína (Brecher, 1972). Estas conferencias, y otras más, impulsaron a los países a adoptar legislaciones restrictivas en materia de tráfico de drogas que desembocaron en la *Poisons and Pharmacy Act* de 1908 en Gran Bretaña, la *Smoking Opium Exclusion Act* de Estados Unidos en 1909, o la *Opium and Narcotic Drug Act* de 1908 en Canadá (Brecher, 1972).

⁷ Eduardo Viana (2008) sostiene la tesis de la consolidación de un “dispositivo de las drogas” a lo largo del siglo XX incluye una división moral entre usos lícitos e ilícitos; un procesos denominado “invasión farmacéutica” relacionado básicamente con el desarrollo de psicofármacos, la represión a las drogas y la difusión (incitación) “masiva” del consumo de drogas.

⁸ Los autores que defienden la existencia de una ideología coercitiva se basan básicamente en el mismo argumento: “la coherencia e identidad de las leyes sobre drogas en el mundo que, a pesar de las particularidades locales posibles, trabajan al unísono a partir de una fórmula única: el prohibicionismo” (Rodrigues, 2008: 91).

⁹ El tema de la reducción de la demanda de drogas solo comienza a tener relevancia para la ONU a partir de 1998.

¹⁰ El informe realizado por la CLDD (2009) concluye que la “guerra contra las drogas” es una causa perdida y recomienda entre otras cosas la legalización de la marihuana, la reducción de daño y el fortalecimiento de la lucha contra el narcotráfico. Este documento tuvo una amplia repercusión internacional por el hecho de haber sido elaborado por ex presidentes de Colombia, México y Brasil.

¹¹ Académicos y activistas que exploran los vínculos entre la construcción de conocimiento y los estados alterados de conciencia. Véase al respecto los trabajos de Jonathan Ott (1998) y Hoffmann & Schultes (1982), entre otros.

¹² Según la CLDD el fracaso de esta guerra puede observarse en el aumento de la “criminalización”, la “corrupción”, la “violencia” y los “problemas de salud” ligados al tráfico internacional de “drogas” y al control de territorios y mercados domésticos en América Latina (CLDD, 2009).

¹³ Aquí me refiero a los sistemas de monitoreo y evaluación (M y E). La cooperación europea, por ejemplo, trabaja con el denominado «Marco Lógico» que impone traducir los objetivos en productos, costearlos en términos de recursos humanos y económicos, formular indicadores de impacto y resultado, mostrar las fuentes de verificación de estos impactos y plantear estrategias para hacerlos “sostenibles”. Todo dentro de una matriz estandarizada.

¹⁴ En su análisis sobre los discursos del *management* Boltanski & Chiapello (2009) plantean que la “metáfora de la red” constituye hoy la forma por excelencia por medio de la cual el “nuevo espíritu del capitalismo” es incorporado y ofrecido como el mejor orden posible para alcanzar la igualdad de oportunidades, la justicia y la libertad. Dicha metáfora movilizadora en todo tipo de contexto, bien sea por medio de la generalización del “trabajo en red” por parte de equipos autónomos con profesionales internos y externos a la empresa o a través del desarrollo de “alianzas estratégicas” (que permiten el trabajo a distancia y la instauración de redes empresariales) en las cuales la confianza y el establecimiento de vínculos duraderos desempeñan un papel fundamental (Boltanski & Chiapello, 2009: 115).

¹⁵ Riles (2001) plantea que una etnografía de las “redes” implica describir sus particularidades estéticas, los materiales que las soportan, los patrones que iteran y los flujos de información que aparentemente transportan; y no partir de su existencia como un hecho dado.

¹⁶ Hay más medidas usadas en el *network analysis* como densidad, amplitud, centralidad, inclusividad y otras que, según los expertos permiten medir el capital social de las redes construidas por la sociedad civil (Machín, 2011). No obstante, en Colombia no se trabaja con este nivel de sofisticación.

¹⁷ Las convenciones son las siguientes: “X: no se tiene información; 0: nunca; 1: una sola vez; 2: ocasionalmente (más de una vez y sin que se observe un patrón específico); 3: frecuentemente (más que en el caso precedente y con un patrón específico), 4: muy frecuentemente (altos números sin una continuidad); 5: continuo (actividad realizada continuamente)” (Milanese, 2007: 81).

¹⁸ Según Mary Poovey (1998), el uso de la copia y el estilo de redacción “plano” son una técnica de estandarización característica de la escritura burocrática, cuyo origen se remonta a los libros de contabilidad surgidos en el siglo XV para probar la rectitud y honestidad de los comerciantes.

¹⁹ Se trata de una tienda ubicada generalmente en parques o plazas públicas en la cual se realizan acciones de asistencia como suministro de ropa, comida y alimentación a habitantes de calle y consumidores de drogas.

²⁰ La Organización Mundial de la Salud –OMS– define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas. WHO. *Adherence Meeting Report*. Genève. World Health Organization. 2001.

²¹ La última publicación de Juan Machín (2011) está dedicada al tema. En esta obra el autor traza un modelo matemático que permite medir experiencias exitosas de incidencia política comparando la implementación del modelo ECO³, sustento teórico del Tratamiento Comunitario, en Colombia y México.