

LA EXPERIENCIA DE GRUP IGIA:
ETNOGRAFÍA, EDUCACIÓN PARA LA SALUD, COMUNICACIÓN
(1984-2014)¹

Oriol Romani
Medical Anthropology Research Center
Universitat Rovira i Virgili, Tarragona

Resumen: GRUP IGIA era una entidad de investigación, promoción y acción en el campo de las drogas y la salud que operó desde Barcelona entre 1984 y 2014. El texto propone una reflexión sistemática sobre su trayectoria a partir del papel de los usos sociales de la etnografía como herramienta de investigación e intervención, contextualizándola en el «problema de la droga» en España, y destacando sus aportaciones innovadoras, tanto en el discurso como en las metodologías.

Palabras clave: drogas, etnografía, reducción de riesgos y daños, políticas de drogas.

The Grup Igia experience: Ethnography, Health Education, Communication (1984-2014)

Abstract GRUP IGIA was an entity of research, intervention and advocacy in the field of drugs and health that operated from Barcelona between 1984 and 2014. The text proposes a systematic reflection on its trajectory throughout the role of the social uses of ethnography as research and intervention tool. This is contextualized contextualizing in the «drug problem» in Spain, and highlights their innovative contributions, both in discourse and methodologies.

Keywords: drugs, ethnography, risk and harm reduction, drug policy.

¹ Quiero agradecer a Núria Magrí la lectura crítica que hizo de la primera redacción de este texto.

El «problema de la droga» en España

Podemos situar a finales del tardofranquismo el inicio de una serie de procesos —algunos de los cuales, como el consumo de ciertas drogas y el escándalo social en torno a él ya venían, por lo menos, desde los años treinta del siglo xx (Usó, 1996)— que confluirán en la construcción del llamado «problema de la droga» en la España de la Transición. Será durante los años ochenta de pasado siglo cuando dicho problema social se consolidará,² tanto por la adaptación de perspectivas foráneas —especialmente ciertos paradigmas teóricos y modelos de gestión (EDWARDS, ARIF, 1981; CANCRINI, 1982)—, como por desarrollos específicos, derivados de los procesos socioeconómicos y políticoculturales que durante la Transición (GALLEGO, 2008) supusieron el punto de partida de un cierto Estado del Bienestar-; así como de la posición geopolítica de España en relación al mercado internacional de drogas ilegales.

Según distintas fuentes,³ la heroína empezó a circular por España hacia 1973. Al principio, como otras drogas, con cierta aureola contracultural. Hacia el final de la década, la forma en que se expandió, en el contexto de unos profundos cambios socioculturales y políticos, atrajo a su consumo a hijos de clases medias y trabajadoras con fuertes presiones sociales y malestares existenciales, y con una técnica de uso tan espectacular como la inyección, tuvo tal impacto que se convirtió en el paradigma de «la droga».

La novedad del tema, las dificultades de intervención en los centros asistenciales ya existentes, el hecho de que se estuviera hablando de «sustancias ilegales», que todavía se veían como completamente distintas a las «drogas legales» como alcohol y tabaco, así como otros factores de tipo sociopolítico, propiciaron un cierto rechazo a tratarlo en las instituciones sanitarias, que no lo veían como un tema de salud sino de delincuencia. Surgieron los primeros centros de atención para drogodependientes, que fueron el inicio de las redes específicas que se desarrollaron durante los años ochenta con un claro perfil profesional, aunque siempre oscilando entre servicios sociales, servicios sanitarios y de salud mental. Hubo una permanente discusión (casi siempre implícita) para definir los conceptos

2 Véase ROMANÍ (1983); COMAS (1988); ROMANÍ (1995); GAMELLA (1997) y ROMANÍ (1999).

3 Véase GONZALEZ DURO (1979); COMAS (1985); FUNES y ROMANÍ (1985); Usó (1996) y MALVIDO (2004).

que son pertinentes a este campo profesional —en general, definiciones de hecho, más que producto de planteamientos teóricos—, así como de las competencias de los distintos profesionales dentro de él (ROMANÍ, 1995).

Tanto el desarrollo del Estado del Bienestar como el surgimiento de ciertos «problemas», como el que aquí analizamos, propiciaban el desarrollo de nuevas especialidades profesionales en el campo psicosocial, aunque también en la gestión y la organización públicas. En este contexto, una hornada de nuevos titulares buscó su lugar en una sociedad que, además, muchos de ellos aspiraban a transformar, cosa que les impulsó a buscar unas formas organizativas que fuesen más allá de los encuadramientos corporativos tradicionales, que ya no podían responder a la nueva situación. GRUP IGIA fue un producto específico de este proceso.⁴

Reflexionar sobre las drogas

Los debates internos en la primera etapa de IGIA se caracterizaban porque la mayoría de sus componentes partíamos de concepciones complejas de la salud, en la que se daba una importancia determinante a los factores socioculturales. Había una gran influencia de la psicología sistémica, así como de lo que entonces todavía llamábamos socioantropología de la salud.⁵

4 Entre los 31 miembros de IGIA en sus primeros 3 años, hubo 17 psicólogos, 9 médicos, y 1 de cada una de las siguientes profesiones: pedagogo, sociólogo, jurista, antropólogo, periodista. En realidad, el núcleo inicial sale en gran parte de ámbito municipal: Francesca Mata (pedagoga), Laura Fernandez, Imma Mayol (psicólogas) que formaban el equipo de prevención del Servei de Joventut de l'Ajuntament de Barcelona, a partir de sus contactos con Italia, proponen seguir un modelo de organización de profesionales ya existente allí, y forman la asociación junto con Santiago de Torres (médico, Hospital del Mar), Víctor Martí (psicólogo, Comunidad Terapéutica La Plana y Centro de Atención y Seguimiento -CAS- de Rubí) y Sergi Gonzalez (psicólogo, Serveis Penitenciaris). Inician sus actividades el curso 1983-84, aunque la presentación pública no será hasta octubre del 84, con una conferencia del entonces Fiscal Anti-droga Jiménez Villarejo, en el bar modernista *Els 4 Gats*. Parece que la prensa caló enseguida de que iba la cosa porque habló de «IGIA, el Pepito Grillo de la administración».

5 Al principio, la sistémica, que nos llegaba a través de Italia (Cancrini), tuvo una gran presencia, que más adelante fue compartida por la antropología, y en especial por la antropología de la medicina. Aunque, teniendo en cuenta los orígenes de las corrientes sistémicas (psicología, antropología, comunicación y cibernética) no es de extrañar que compartiéramos referencias teóricas comunes, como Bateson y compañía.

A pesar de algún estudio previo sobre «drogas» en el país (LAPORTE, 1976; GONZALEZ DURO, 1979) la primera obra específica sobre el tema realizada desde Catalunya y con una perspectiva global crítica fueron las tesis de licenciatura y de doctorado de Oriol Romani⁶ que aborda la cuestión desde un planteamiento transdisciplinar y construccionista: el discurso hegemónico sobre las drogas forma parte de su objeto de estudio y, por lo tanto, se consideran «drogas» tanto las ilegales como las legales; esta distinción está más relacionada con cuestiones de control social que no de salud, pues el «problema de la droga» es una construcción social; la cuestión de las drogas no es sólo un tema de sustancias, ni de individuos con ciertas características, si no sobre todo de las relaciones entre estos elementos (sustancias e individuos) en determinados contextos, etc. Aquí comienza un fecundo diálogo con Domingo COMAS, como puede verse en su libro *El uso de drogas en la juventud* (1985), que potenciado con las aportaciones de las respectivas organizaciones (GRUP IGIA y GID, Grupo Interdisciplinar Drogas) parece que tendrá una cierta influencia en algunos aspectos de las políticas de drogas en España.

Por las razones antes expuestas, se empezó a crear una red específica de drogas, con una gran carga de planteamientos sociales, lo que facilitó dicha influencia en este campo, mucho más que en el de la salud en general. A pesar de que los debates a los que nos estamos refiriendo formaban parte del «ambiente» en el que se estaba gestando la Ley General de Sanidad del ministro Lluh (1986), tanto el discurso sociosanitario como el de la interdisciplinariedad continuaban sometidos a la hegemonía biomédica; entre otras cosas, por la influencia de las compañías farmacéuticas, bastantes de las cuales ya habían crecido al calor del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942-1967) y que a partir de la nueva *Ley de Bases de la Seguridad Social* (1967) fueron fusionándose o siendo adquiridas por las empresas multinacionales.

En ese periodo, en la Dirección General de Acción Social del primer gobierno socialista, se realizaron unas importantes sesiones de discusión, animadas por M^a Jesús Manovel y Pilar Alvarez, futuras directivas del Plan Nacional Sobre Drogas,⁷ que nos convocaban a quienes debíamos de ser

6 Tesis de licenciatura, setiembre 1978: «Droga i consens social»; Tesis doctoral, setiembre 1982: *Droga i subcultura: una història cultural del hachís a Barcelona, 1960-1980*, Universitat de Barcelona.

7 PNSD, que iniciará su andadura en 1985.

los primeros «expertos» sobre el tema en nuestro país. En ellas discutíamos algunas investigaciones como, por ejemplo, las primeras encuestas sobre drogas (véase NAVARRO *et alii*, 1985). También de ciertas polémicas ahí planteadas surgieron otros estudios, como ocurrió con la polémica en torno la inserción/ reinserción de los heroínómanos (diciembre 1983), que dará lugar al libro *Dejar la Heroína* (FUNES y ROMANÍ, 1985). Lo que se plantea en esta investigación no tiene relación con el futuro «boom» del la infección por el VIH/SIDA que, sinceramente, en aquel momento no preveíamos, si no que se dirige contra la dogmatización de los «programas libres de drogas», ineficaces cuando se plantean como universales, y desde una «ética de la intervención» basada en la voluntariedad, respeto, pluralidad y complejidad distintas a la que empezaba a predominar entonces.

Los dos autores éramos miembros de IGIA por lo que, a través de nuestra investigación, se podía ver cual era la orientación de la asociación. Pero para poder entender mejor el final de este primer apartado, es decir, el lugar que la perspectiva antropológica y, más en concreto, la metodología etnográfica tendrá en todo ello, vamos a ver ahora la definición inicial de principios y objetivos de GRUP IGIA, que se definía como

un conjunt de professionals interessats en el camp de les drogodependències i de la salut en general, convençuts que aquesta problemàtica no és un fenomen aïllat, sinó que apareix fortament vinculat a la dinàmica de la nostra societat.

— El consum de drogues és un fenomen que canvia i evoluciona amb els diferents mecanismes socials. Per tant, s'ha de fer un apropament que sigui científic i a l'ensens flexible per tal que permeti donar en cada moment la resposta adient.

— Nosaltres pensem que les drogodependències no existeixen només perquè existeixen tòxics. Les causes són moltes i diferents, la substància té un pes important, però no sempre el que més, ni l'únic.

— Creiem que el consum de drogues és una expressió més d'un malestar social que es manifesta a nivell personal, familiar, grupal, laboral, cultural... Per tant, el seu abordatge ha de suposar una intervenció global que contempli els diferents factors causants i impliqui tan a especialistes com al conjunt de la població.

Se señalaban posteriormente como objetivos fundamentales:

La creació d'un espai multidisciplinari i obert de debat i reflexió; el coneixement i anàlisi de les experiències d'altres països; la oferta d'assessorament i

serveis a entitats o administracions; la formació dels diferents agents socials, sobretot cara a programes de prevenció; la realització d'estudis i recerques.⁸

No es de extrañar que en un grupo donde había tanto profesionales clínicos como sociales, con un predominio de las escuelas sistémicas, y con estos planteamientos explícitos, la perspectiva holística y relacional de la antropología y la metodología etnográfica —que permitían una sistematización tanto del acercamiento cualitativo a las realidades sobre las que se quería intervenir, como de las propias experiencias en el terreno—, tuvieran un gran atractivo. Permitían un abordaje coherente desde el punto de vista analítico y eficaz desde el punto de vista de la intervención, puesto que requería la implicación de las poblaciones con las que se trabajaba. Desde su fundación la perspectiva sociocultural y la metodología etnográfica fueron señas de identidad de GRUP IGIA.

1ª etapa, 1983-89. IGIA marca el rumbo: apostolado, militancia, profesionalización...

En el contexto mencionado en el punto anterior, con los esfuerzos de unas primeras respuestas institucionales organizadas en algunos ayuntamientos, comunidades autónomas y el PNSD, GRUP IGIA puso un fuerte acento en los programas de prevención mediante la intervención comunitaria y la formación en estos entornos, tendentes sobre todo a generar un discurso distinto sobre la prevención: no específico ni dogmático, sino más integral e integrador, con criterios de una cierta «normalización» del fenómeno.⁹ Dicha formación iba acompañada de aspectos específicos

8 Documento mecanografiado. Por cierto, con este planteamiento no es de extrañar que, en el momento de pensar un nombre para el grupo, se escogiera éste, derivado de la diosa griega Higeia, ligada a una concepción socio-ecológica y holística de la salud, en contraposición a la concepción más «sanitarista», podríamos decir, de Esculapio.

9 *Projecte Jove*, IMAE, etc. del Ayuntamiento de Barcelona; programas en Vilafranca del Penedés, l'Atmella, El Vendrell, Sant Adrià, Castelldefels, Vic, Cerdanyola, Manresa, Caldes de Montbui, Olot, Gava, Cornellà...; a través de un programa del ICASS, Girona, Sabadell, Badalona, Sta. Coloma, Baix Llobregat... También para trabajadoras/es de Centros de Salud y Asistentes Sociales de Primaria del Plan Regional Drogas de la Comunidad de Madrid. Programas de radio, ciclos de cine y drogas (cooperativa Drac Màgic; diputaciones de Cádiz y Sevilla...).

cuando se daba en ciertas instituciones que los requerían¹⁰, así como de actos de sensibilización para la población general: padres y madres, alumnos y claustros de profesores de institutos, etc. Asimismo se organizaron debates públicos con distintos y más o menos conocidos especialistas,¹¹ presentaciones de publicaciones propias¹² siempre en torno a propuestas innovadoras y que entonces parecían atrevidas pero que más tarde generaron consenso, como los programas de mantenimiento con metadona (PMM), el abordaje psicoterapéutico, la prevención inespecífica, el rol de la atención primaria social y sanitaria, la reducción de daños, la despenalización...

Todo esto implicaba un trabajo interno de la asociación, tanto en formación,¹³ como en investigación. Eramos conscientes que, más allá de la experiencia profesional de cada uno, era importante un conocimiento sistemático de la realidad. Para ello, además del análisis de los datos ya publicados, era necesaria su revisión crítica, así como la producción de nuevos, a partir de metodologías cualitativas.¹⁴ Los equipos de investigación estaban formados principalmente por miembros de IGIA, y siempre había

10 Escola de Policia Autònoma, Filmoteca de la Generalitat, Direcciones Generales de Juventud, de Servicios Penitenciarios, de Protección y Tutela de Menores, Gobierno Vasco...

11 Claude Olievenstein (Marmottan), Bardiaux (*Mission Ministerielle de Lutte à la Toxicomanie* de Francia), Lluís San (Hospital del Mar), Director General de Educación y Comunicación Popular de la Salud de Nicaragua, Charles Nicolas (Paris), Valentín Barenblit (La supervisión clínica)...

12 *Dejar la Heroína* (enero 86), *Repensar las drogas* (octubre del 89), *Trabajar juntos, pero...* (noviembre 89).

13 Salud laboral y drogas, por el abogado laboralista I. Fina (febrero 86); Sectas, por A. Rodríguez (junio 86); Nuevas líneas de actuación en la represión del tráfico de drogas, por el entonces delegado del PNSD Miguel Solans (enero 87); esta última sesión, por cierto, dio origen al «Repensar las drogas».

14 Aunque *Dejar la Heroína*, estaba en el «ambiente fundacional» de IGIA, la primera investigación propiamente dicha de la entidad fue en 1986: *Repercussió educativa del consum de drogues entre els menors en conflicte social* (Centre Estudis i Formació, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya); seguido, en el 87, de tres encargos del PNSD (*Elaboración de indicadores que permitan analizar y validar los programas inespecíficos como promoción de la salud*, *Requisitos formativos necesarios para la asunción por parte de los trabajadores de acción primaria sociosanitaria de la problemática del abuso de drogas*, *Hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación*). Por otro lado, conocíamos algunas iniciativas en la misma línea en el extranjero (HARTNOLL, 1991).

sesiones de discusión abiertas a toda la entidad, así como presentaciones de las mismas a distintos públicos.

Todo ello generó publicaciones: folletos y artículos para revistas y¹⁵ publicaciones de las investigaciones realizadas.¹⁶ Su visibilidad, junto a la movilización de los contactos en las redes profesionales y políticas, facilitó el desarrollo de otro de los puntos fuertes de IGIA, la cooperación nacional e internacional, sobre todo con Europa y América Latina. El primer libro de la colección de IGIA, *La prevenció de les drogodependències: experiències en diferents països*, surgió de las Jornadas que sobre este tema se celebraron en Barcelona en junio de 1985. A partir de aquí, IGIA participa y/o co-organiza muchas reuniones que, poco a poco, van consolidando una red que empieza a plantear la intervención en drogas de una manera distinta a la ortodoxia prohibicionista.¹⁷

En toda esta actividad queda apuntada la línea, que se confirmará posteriormente, y que siguiendo la tipología de E. GOODE (1997) situaría a GRUP IGIA en el ámbito de los «legalizadores progresistas», con un fuerte énfasis en la normalización de las drogas que debería permitir las condiciones que facilitarían un aumento de la salud, como una parte del bienestar, la integración y la participación social. En este contexto, era fundamental la labor educativa de los distintos agentes sociales y profesionales.

Estas actividades estuvieron, en gran medida, contrapunteadas por los debates internos sobre el futuro de IGIA, intentando aclarar su estatus de asociación sin ánimo de lucro o de empresa de servicios. Por eso, en 1988, *IGIA Serveis* pasa a llamarse *Àmbit Prevenció*, empresa del tercer sector que tendría un potente desarrollo en el campo de las drogas, y que iniciaron algunos socios significativos. Sin embargo, en 1989, este

15 Como las publicaciones periódicas *Papers de Joventut*, *Treball*, *El Món*, *Comunidad y Drogas*, *Entrejóvenes*, etc.

16 Cinco libros entre 1988 y 1989, y tres vídeos, uno de los cuales (*La carrera*) fue Premio CITRAN 1989 para audiovisuales sobre drogas. La mayoría de publicaciones citadas pueden encontrarse en la página de Grup Igia. [Consultada el 18/12/2016].

17 Reuniones de ONGs convocadas por el PNSD en el 86, 87, 88, 89; Coordinadora ONGs; «Las grandes ciudades del Mediterráneo ante la droga», Barcelona, junio 86; CEE —Criterios de colaboración con países terceros— Bruselas, junio 87; CEE- América Latina, Madrid, diciembre 87; AMPT, Marsella, etc. Proyectos conjuntos: con SOS Drogue International y Fundación Convivir, para poner en marcha un Centro de Orientación Familiar en Buenos Aires; Intercambio con TACADE (Gran Bretaña) con la participación de QUEINU del País Vasco (1988), y otras entidades de Italia, Holanda, etc.

debate se profundiza, optándose mayoritariamente por continuar como asociación. Esto nos encuadrará en el futuro dentro de los distintos movimientos profesionales, sociales y políticos en torno a las drogas, la salud y la participación social, porque una mayoría, ya profesionalizados en distintos campos (asistencia, administración, academia, etc.), prefieren mantener la mayor independencia que parecía dar la identidad asociativa en este contexto.¹⁸

Está claro que el trabajo que hacía IGIA requería independencia. Esta hacía posible sus discursos y acciones críticas, su movilización educativa, como la que supuso, entre 1990 y 1992, trabajar conjuntamente con la *Comissió de Drogues de l'Associació de Veïns de 9Barris* ante la reacción social «contra la droga» que, como en otros lugares, también se vivió allí, un distrito muy castigado por la crisis. Trabajar con los vecinos permitió que la reacción se orientara, en sentido positivo, hacia la demanda de la creación de un Centro de Atención y Seguimiento en drogas (CAS) en el barrio, que se inauguró en 1992 con amplio apoyo popular. Durante años fue dirigido por la médica Núria Magrí, socia de IGIA.¹⁹ Tendría una implantación e influencia a nivel profesional e institucional, tanto aquí como fuera, y la incidencia y alianza de la entidad con otros movimientos sociales y que permitía demostrar que ese potente discurso crítico podía ser además eficaz.²⁰

18 Durante estos años, la directora técnica de GRUP IGIA fue Imma Mayol, mientras que en la primera presidencia estuvo Santiago de Torres, que fue sustituido por Sergi Gonzalez, cuando aquél se hizo cargo de la dirección del PNSD. Este último fue sustituido por Víctor Martí, que ha liderado la asociación entre 1989 y 2002, incorporando a Miguel de Andrés en la dirección técnica; el cual continuó en la presidencia de Oriol Romani, entre 2002 y 2012, durante la cual se incorporó Mauricio Sepúlveda como responsable de investigaciones. Finalmente, Tre Borràs presidió la asociación entre 2012-2014.

19 Una muestra de la influencia que adquirirá IGIA en los próximos años es que hacia finales de los noventa casi la mitad de los directores de la red de CAS de Barcelona eran de la asociación. Desde un punto de vista más anecdótico, y a nivel de imagen, un colega latinoamericano que vino a la sede de IGIA, cuando estábamos realquilados en un despacho de unos 6m², en la sede de una asociación amiga (Genus), preguntó al llegar delante el edificio de Enric Granados, en el que estaba el despacho: «¿Ah, todo el edificio es vuestro?»

20 Este fue el caso de la Federación de Asociaciones de Vecinos (FAAV), no sólo de Barcelona, sino también de Catalunya, que unos años más tarde, después de haber vivido dramáticamente la reacción «contra la droga», pero también después de haber tenido distintos debates al respecto, acabó pronunciándose por la legalización de las drogas, como marco para facilitar una mayor capacidad de intervención entre los vecinos.

Esta influencia profesional se manifestará también en los puestos que distintos colegas de IGIA irían ocupando, unos más tempranamente que otros, en las distintas administraciones que se ocupaban de las drogas y/o la salud. Ejemplos significativos, aunque no únicos, serían el de Joan Colom —desde hace muchos años es el responsable técnico de drogas de la administración catalana—, de Imma Mayol, que cuando se dedicó a la política dirigió, entre otras cosas, la Agencia de Salut Pública de Barcelona; de Santiago de Torres, que durante varios años fue el director técnico del PNSD; o de Pilar Solanes, responsable técnica del área de salud del ayuntamiento de Barcelona.²¹

La segunda etapa, 1989-1999. La Reducción de Daños y Riesgos.

La década de los 90 estuvo marcada también por la construcción social del «problema de la droga» iniciada en la década anterior, pero hubo cambios muy significativos por la expansión del VIH/SIDA, que llevó a una cierta normalización de la respuesta institucional y a transformaciones en las representaciones sociales. A pesar de que la heroína continuaba marcando el terreno de juego, hacia el final de la década, la cocaína y las drogas de síntesis ampliarán su presencia y ocuparán una parte importante del imaginario social respecto a las drogas. Fue el periodo de emergencia del fenómeno asociativo en el mundo de las drogas: el político-cultural, relacionado más específicamente con el cannabis, y el de los «usuarios» de heroína y metadona, que reclamaban una presencia activa en la solución de sus problemas.²²

En esta fase, IGIA pasó de tener un acento más estrictamente terapéutico y preventivo a centrarse en las políticas de reducción de daños y riesgos (PRDR), tanto desde el punto de vista de su clarificación teórica como de su difusión. Desde el principio, en el debate sobre las PRDR, en la aso-

21 Sobre la influencia de IGIA, como incubadora de ideas y proyectos innovadores en el campo de las drogas, véase PARÉS y BOUSO (2015: 21).

22 La primera asociación de consumidores de cannabis se fundó en Barcelona en 1993, y ya que todavía no podía llamarse así, se llamó Asociación 'Ramon Santos' de Estudios del Cannabis, aunque quedaron claras sus intenciones con su primer cultivo colectivo de marihuana, previa comunicación a la fiscalía de Catalunya. Por otro lado, surgen también AUMNO, AUPAM, APDO, ARSU y otras asociaciones, muchas de ellas federadas en FAUDAS, Federación Estatal de Asociaciones de personas afectadas por drogas y/o VIH/SIDA (Sobre esta cuestión, no solo en nuestro país, ver TRUJOLS, 2013).

ciación apostó por que dichas políticas tenían que entenderse más como la puesta en marcha de un nuevo paradigma sobre la forma de entender y actuar sobre los problemas relacionados con las drogas, que no como una forma de flexibilización y modernización de las técnicas de intervención; posición, esta última, que al no cuestionar el fondo de las políticas de drogas, siempre se encontraría con el techo que representan las mismas, cosa que repercutiría en su eficacia, como se ha visto posteriormente.²³

En esta época, la asociación participó ampliamente en debates acerca de las nuevas formas de análisis y abordaje de las drogodependencias,²⁴ en la formación continuada de profesionales y la cooperación e intercambio con otras entidades, especialmente la red de intercambios europeos (potenciada por la participación en redes como ITACA o el REAC, *Réseau Européen d'Approche Communautaire*) y latinoamericanos, no sólo con la realización de seminarios, sino también con las visitas a distintos dispositivos de tratamiento europeos,²⁵ así como la colaboración con distintos niveles de la administración a partir de nuestra posición de independencia ideológica e institucional.²⁶ Todo ello fue generando y alimentando publi-

23 Esta posición puede verse, entre otras publicaciones del Grup Igia, en los libros *Repensar las drogas...* (1989), *Contextos, sujetos y drogas. Un manual sobre drogodependencias* (2000), *Gestionando las drogas* (2001) y en estudios como *Convivir con las drogas. Legislación sobre drogas y sistema socio sanitario: reflexiones y propuestas desde una perspectiva no represiva* (1995) o *Programas de reducción de riesgo: grupos de usuarios, tratamientos con heroína, información y educación para un mejor uso de drogas* (1996) [Consultada el 18/12/2016].

24 La primera gran reunión internacional organizada propiamente por Igia serán las *Jornades europees sobre la prevenció de les drogodependències. El treball comunitari, cap a noves perspectives*, realizadas en el Palacio de Congresos de Montjuïc (Barcelona), en enero de 1991, con 285 participantes (185 extranjeros).

25 En esta década ha quedado en la memoria de muchos profesionales tanto del conjunto de España, como europeos y latinoamericanos, su participación en los diferentes seminarios, en general muy concurridos, sobre PRDR, evaluación, supervisión, PMM, etc. a cargo, entre otros, de A. Míno, L. Cavalcanti, M. Coletti, A. Tinarelli, M. Bataglia, V. Barenblit, V. Korman, Cas Barendregt, M. Linnell, E. Megías... además de miembros de IGIA y afines; así como las visitas a Liverpool, Amsterdam, Zurich, Paris, Marsella, etc. En Latinoamérica la realización del Programa de Formación de profesionales del Cono Sur, subvencionado por la UE (1992-1997), significó la creación de una red que ha dejado su impronta entre los profesionales de la zona.

26 Aquí pudimos constatar fehacientemente que esa era una posición difícil de sostener cuando no se tenían otros medios económicos significativos que no tuvieran relación con las administraciones: hacia el final de la década, con un sectarismo que le honra (por aquello de

caciones, libros, videos²⁷ y «literatura gris», que muestran la voluntad de teorizar las experiencias y realidades más o menos próximas, de definir nuevos dispositivos y de reflexionar sobre la práctica, imaginando nuevos escenarios para hacer posibles cambios y avances en las políticas de drogas.²⁸ La literatura gris fue el resultado de investigaciones, que permitieron poner a punto instrumentos cualitativos que eclosionarán en la fase siguiente, tanto desde el punto de vista de su uso como de su teorización. Finalmente, fue significativo del interés de IGIA por las políticas y las realidades de las drogas en las relaciones Norte-Sur la edición, a lo largo de esa década, de la *Revista InterDependencias*, junto con CIMADE, Consejo de la Juventud de España, *Concertacions* e Institut Genus.

Desde el punto de vista interno, hacia el final de la década, se produjo un relevo generacional en la Junta Directiva, disminuyó la presencia de «históricos» y se rescató la figura del director técnico, que recayó en Miguel de Andrés.²⁹ Junto a él, habrá la presencia de jóvenes profesionales, tanto autóctonos como latinoamericanos, con sus bagajes específicos; de personas provenientes de asociaciones de usuarios, con una estrecha colaboración con una de ellas (APDO); y, de forma más o menos esporádica, de voluntarios en relación con algunos de los temas que se fueron desarrollando, sobre todo, en la etapa que ahora comentaremos.

«las cosas claras»), el PP dejará en 0 ptas. las líneas de financiación para actividades de IGIA en todas las administraciones que controlará (PNSD, Comunidad de Madrid, etc.).

27 *¿Es posible la integración?, Estrategias de intervención familiar en drogodependencias, El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogas, La reducción de daños relacionados con las drogas, Y antes de la droga ¿qué? y Manual de tratamiento con Metadona.* También los vídeos *¿Y tú que piensas?, Metadona y Pares i mares.*

28 Por lo que respecta a la literatura gris, un estudio significativo fue el proyecto ATLAS, análisis de diferentes experiencias de reducción de daños y riesgos en Europa, *Programas de reducción de riesgo: Grupos de usuarios, Tratamientos con heroína, Información y educación para un mejor uso de drogas;* además de *Los estudios sobre drogas en España en los años 80; Los centros de encuentro y acogida; Convivir con las drogas: drogas, legislación y sistema sociosanitario; Bases conceptuales y metodológicas de los programas de disminución de riesgo; Documento referencial sobre los programas de reducción de riesgo; Proyecto BUHO: trabajo con asociaciones de usuarios, etc...*

29 Psiquiatra que provenía de la experiencia de trabajo en reducción de daños en Suiza con A. Mino, y fue el director del primer dispositivo de reducción de daños en Barcelona (SAPS, de Cruz Roja).

La tercera etapa, 2000-2009. Haciendo lobby para cambiar políticas

Esto que acabamos de ver, tenía relación con una cierta situación de crisis, al constatar que en un momento óptimo de influencia, de capacidad intelectual y social de orientar intervenciones, etc., nos encontrábamos con relativamente poca capacidad operativa, más allá de la militancia que siempre nos caracterizó. Era el fruto de la retirada del apoyo de algunas administraciones, pero también porque nuestros planteamientos críticos ya no eran tan necesarios, se habían ido normalizando y habían sido adoptados por distintas instancias de la sociedad. Además, el VIH/SIDA parecía que se empezaba a controlar, se profundizaba el cambio de percepciones y el proceso de normalización de algunas drogas, especialmente el cannabis, que incluía, por otro lado, la resituación de la atención sobre drogas legales como el alcohol y el tabaco.³⁰

Todo ello llevó a replantearnos nuestras prioridades una vez más. Por un lado, y de manera congruente con la visión de las drogas ligada a muchos otros aspectos de la sociedad, pensamos que podía ser interesante pensar en una actividad que pusiera en primer plano algunos de ellos, que habían ido surgiendo aquí y allá, y decidimos focalizar nuestra atención también en investigaciones sobre género, migraciones o jóvenes. Por otro lado, veíamos la necesidad de una acción sociopolítica más directa, para colaborar, con nuestros saberes, a las luchas por una ampliación de la participación ciudadana en los asuntos sociales, cosa que intentamos hacer tanto a nivel internacional como nacional/ local.³¹

Lo más característico de esta etapa fue la realización de las Conferencias de Reducción de Daños en Drogas, a nivel nacional (las dos CoCo,

30 Ver al respecto MEGÍAS (2000, 2005) o GAMELLA y JIMENEZ (2003).

31 Algunas iniciativas venían ya de la década anterior, como la participación en la plataforma ENCOD, y la elaboración del *Manifiesto por una política de drogas justa y eficaz* (1998); Otras fueron posteriores: *Una altra política de drogues és possible* con ARSEC y otros sectores del mundo de las drogas; Intervención en el conflicto por el desmantelamiento de Can Tunis, junto a demás entidades del sector (*Manifiesto Impacte de l'enderrocament de Can Tunis*, junio 2004); defendiendo, posteriormente, en *Per una política de drogues raonable a BCN* —y junto a la FAVB— la instalación negociada de salas de consumo en Barcelona; o el impulso de la *Declaración de Oporto 2009. Documento de magistrados latinos sobre políticas públicas en materia de drogas y derechos humanos*, durante la CLAT V, que firmaron magistrados de España, Portugal, Italia, Brasil y Argentina.

conferencias de consenso),³² e internacional (las cinco CLAT, Conferencias Latinas),³³ que convirtieron a GRUP IGIA en un referente global de un movimiento social que sitúa el tema drogas en el contexto de otros problemas sociales, políticos y culturales relacionados con las transformaciones de las sociedades urbanas y los procesos de globalización neoliberal. Se planteó lo de «latinas» porque el movimiento internacional de reducción de daños estaba siendo hegemonizado por la *International Harm Reduction Association* (IHRA), anglosajona y, de acuerdo con nuestros planteamientos, era importante el contexto, no sólo por cuestión de lenguas o códigos culturales diferenciados respecto al Norte hegemónico, sino también por la especificidad de las problemáticas relacionadas con el uso de drogas en este conjunto de países del Sur de Europa —sobre todo los ibéricos—, y Latinoamérica.³⁴

Por lo que se refiere a la investigación, siempre partiendo de una concepción global/relacional, podía centrarse en temas muy específicos de intervención, pero con un acento cada vez más metodológico, sobre todo desde el punto de vista cualitativo, quizás porque nos tomamos en serio —y sabíamos que éste era nuestro «valor añadido»— que, por más que se disponga de grandes dispositivos tecnológicos, si no hay el conocimiento sistemático de los pequeños saberes y habilidades que constituyen el “humus” de la participación comunitaria, aquellos pueden ser inútiles, tal como nos ha demostrado tantas veces la intervención en el campo de la salud o de otros problemas sociales. Estos trabajos, basados mayoritariamente en prácticas etnográficas y/o cualitativas, se combinan a veces con técnicas cuantitativas y, en algunos casos, sirven para poner a punto en el campo de las drogas ciertas tecnologías de intervención social, como la Información-Educación-Comunicación (IEC).³⁵

32 Barcelona, 2000 y Bilbao, 2002.

33 Barcelona, 2001; Perpinyà, 2003; Hospitalet del Llobregat, 2005; Milano, 2007 y Oporto, 2009. Las cifras de participantes fueron siempre entre 700 y 1000, de unos 30 países.

34 Lo que no obsta para que continuáramos colaborando con la IHRA, siendo unos de sus *partners*, por ejemplo, en su 19ª Conferencia Internacional, realizada en Barcelona (mayo 2008).

35 Proyectos MIRA (*Metodología de Investigación en Reducción de daños y Acercamiento*), DIPI (*Diversificación de Programas de Intercambio de jeringuillas*), SOPIX (*Identificación de las necesidades de los equipos de los PIJ —programas de intercambio de jeringuillas—, en cuanto a su funcionamiento, seguimiento y optimización*), REQUALA (*Formación en metodologías cualitativas para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas*), con su posterior

En publicaciones, el ritmo de aparición se fue ralentizando. Al principio de esta década apareció *Contextos, Sujetos y Drogas: un manual sobre drogodependencias*. Si *Repensar las drogas* fue nuestro manifiesto fundacional, ésta fue una publicación de madurez, en la que intentábamos comunicar, de la manera más clara posible, la complejidad que entraña el análisis del problema, así como las diversas formas de actuación en torno a él mediante los autores más cercanos de nuestra red europea y latinoamericana.³⁶

La cuarta etapa, 2010-2014. ¿Apaga y vamos? Las huellas de IGIA.

En noviembre de 2012, con la inauguración en Santiago de Chile de GRUPO IGIA Latinoamerica, se ritualizó el «traspaso de la herencia» de la asociación a esta otra entidad, animada por uno de los puntales de Grup IGIA en los últimos tiempos³⁷, y con la participación de profesionales y activistas de la Red Chilena de Reducción de Daños, de Cañamo Chile, etc. Es decir, con vocación latinoamericana —dada la situación actual de cambios en las políticas de drogas en aquella región— pero insertándose de momento en el Cono Sur. Al mismo tiempo, finalizan investigaciones y proyectos iniciados en la etapa anterior, y se realizan otros, sobre todo aplicaciones prácticas derivadas de aquellos, como evaluaciones, folletos, guías, etc.³⁸ También en estos últimos años se publican dos obras muy sig-

extensión a una red REDQUALA (*Red Española de investigación en metodologías cualitativas...*) de efímera existencia, ECATAMUS (*Diseño de un instrumento para la evaluación de la calidad de los PMM —programas de mantenimiento con metadona— desde la perspectiva de sus usuarios y familiares*), RETURN (*programa europeo sobre la reinserción de los ex-presos consumidores*), REZOLAT (*Red de intercambio sobre PPRD en Europa del Sur*), COMETA (*Estrategias de acción comunitaria para implantar dispositivos de drogas*), DCD (*Drogas, Ciudades y Democracia, base de una red europea sobre esta temática*)...; proyectos de distintos ámbitos, tanto local (principalmente Barcelona, pero también Reus, Hospitalet o Terrassa, por ejemplo), como catalán, español y europeo.

36 También se publicó el producto de la primera Conferencia de Consenso: *Gestionando las drogas* y la traducción *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*.

37 Se trata de Mauricio Sepúlveda, ya retornado a Chile después de haber obtenido el doctorado en Antropología en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

38 Principalmente, «Actualització i re-edició del material preventiu 'Los tres virus'», «Valoración de la gestión de los riesgos de transmisión de VHC en UDVP (Usuarios de drogas por vía parenteral)», «Avaluació qualitativa de la implementació del Pla de Prevenció de Sobredosi», «Elaboración de Programa I.E.C. para la prevención de la hepatitis C dirigida

nificativas de nuestro trabajo: *No en la puerta de mi casa*, sobre el fenómeno NIMBY en relación a las drogas; y *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares*, básicamente con compañeros latinoamericanos.

Llegó un momento en que los que quedábamos activos en la asociación valoramos que no valía la pena dedicar tanto tiempo a las actividades organizativas de supervivencia de la misma, en un contexto que requería grandes esfuerzos. Estaba claro que, para iniciar una nueva etapa, debíamos transformarnos en una fundación o empresa del tercer sector. Esto iba ligado a los cambios en la «militancia» de las nuevas generaciones, con una alta formación, pero con escasas oportunidades de trabajo y que por ello, exigían su profesionalización. No fuimos capaces de ofrecerles este contexto institucional, y decidimos ir cerrando progresivamente la entidad, aunque con sensaciones contradictorias.

Asumíamos que nuestra aportación había sido decisiva para llegar a la situación actual en el campo de las drogas, en la que se está muy cerca de conseguir algunos de los principales objetivos iniciales, como la difusión de la Reducción de Daños y Riesgos, una cierta normalización tanto en los usos de drogas como en las respuestas a algunos de sus problemas, o el mayor uso de «tecnologías sociales cualitativas» para distintos tipos de intervención, ligadas sobre todo a la participación comunitaria. En este sentido, podíamos hablar de «misión cumplida».

Por otro lado, en un momento de posicionamientos muy cambiantes en las políticas de drogas, estaba clara la posibilidad y la necesidad de continuar trabajando para que estos cambios fuesen en aquella dirección que sea más útil a una mayoría de la población (y, por lo tanto, sean más eficaces); o la necesidad de ir insistiendo en la profundización y renovación de los instrumentos de intervención que fuimos poniendo en circulación. En este sentido, queda todavía mucho trabajo por hacer.

Pero creo que se puede afirmar claramente que entre las huellas que IGIA ha dejado en el campo de las drogas y de la intervención social en general, destaca la demostración de la utilidad del tipo de aproximaciones

a UDVP y PRD (Programas Reducción de Daño)», «Maleta de herramientas para la prevención de conflictos sociocomunitarios», «La accesibilidad a los recursos de atención de drogodependencias de mujeres usuarias de drogas ilegales en situación de exclusión social», «Las familias inmigrantes ante las drogas y el alcohol: de la autoatención a la atención especializada», con sus dos guías derivadas, una de «Talleres con familias» y la otra de «Talleres con profesionales».

basadas en la perspectiva sociocultural y la metodología etnográfica, que se han ido concretando en distintos instrumentos ligados a la intervención comunitaria. Los «problemas sociales» que nos afectan no son tal como nos los presenta el discurso hegemónico: si queremos restablecer una cierta cohesión social y contribuir a hacer una vida más vivible para amplias mayorías de la sociedad, tenemos que redefinir aquellos problemas con la comunidad afectada, dotando a ésta de capacidad de autogestión. No se trata de mitificar esto que llamamos la comunidad (aquí entraríamos en otra discusión...), si no de subrayar lo que hemos aprendido en estos treinta años: no es suficiente tener la razón, por más ilustrados que sean nuestros argumentos; si no se cuenta con la gente, cualquier proyecto social fracasará. Y para esto, hay unas metodologías más adecuadas que otras.

Bibliografía

- CANCINI, Luigi (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma, Carocci.
- COMAS, Domingo (1985). *El uso de drogas en la juventud*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- COMAS, Domingo (1988). *El tratamiento de la drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas*. Madrid: PNSD.
- COMAS, Domingo et alii (2005). *Relato de las aportaciones del Grupo GID al conocimiento sobre adicciones y otros problemas sociales*. Madrid: Fundación Atenea-Grupo GID.
- EDWARDS, Griffith; ARIF, Awni (eds.) (1981). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural*. Viena: OMS.
- FUNES, Jaume; ROMANÍ, Oriol (1985). *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación*. Madrid: Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española.
- GALLEGO, Ferran (2008). *El mito de la transición. La crisis del franquismo y los orígenes de la democracia (1973-1977)*. Barcelona: Editorial Crítica
- GAMELLA, Juan (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de Razón Práctica*, 72: 20-30.
- GAMELLA, Juan; JIMENEZ, M^a Luisa (2003). *El consumo prolongado de cannabis*. Madrid: FAD. Junta de Andalucía.
- GONZALEZ DURO, Enrique (1979). *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar.
- GOODE, Erich (1997). *Between Politics and Reason*, New York: St. Martin's Press.
- HARTNOLL, Richard (1991). («Indicator Drugs Project», 1985) *Drogas. Valoración de necesidades locales*. Madrid: PNSD.
- LAPORTE, Josep (1976). *Les drogues*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- MALVIDO, Pau (2004 [1977]). *Nosotros los malditos*. Barcelona: Anagrama.
- RODRÍGUEZ, Elena; MEGÍAS, Eusebio; MEJÍAS, Ignacio et alii (2000). «La percepción social de los problemas de drogas en España». En *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer. FAD.
- MEGÍAS, Eusebio; RODRÍGUEZ, Elena; MEGÍAS, Ignacio; NAVARRO, José (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España 2004*. Madrid: FAD.

- NAVARRO, José *et alii* —EDIS— (1985). *El consumo de drogas en España*. Madrid: Dirección General de Acción Social. Cruz Roja Española
- PARÉS, Oscar; BOUSO, José C. (2015). *Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de drogas en Cataluña, de la acción local hacia el cambio global*. Barcelona: Open Society Foundations.
- ROMANÍ, Oriol (1983). *A tumba abierta. Autobiografía de un grifota*. 1ª ed. Barcelona, Anagrama.
- ROMANÍ, Oriol, (ed.) (1995) *Los estudios sobre drogas en España en la década de los ochenta: hacia un modelo de interpretación*. Barcelona: Grup IGIA.
- ROMANÍ, Oriol (1999). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- USÓ, Joan C. (1996) *Drogas y cultura de masas (España 1855-1995)*. Madrid: Santillana.
- TRUJOLS ALBET, Joan (2013). «Hacia una participación significativa de las personas usuarias de drogas por vía parenteral en el desarrollo de las políticas e intervenciones en el ámbito del uso de drogas: apuntes para una historia mal conocida». En LLORT SUÁREZ, Antoni; BORRÀS CABACÉS, Tre (eds.) *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Barcelona: Grup IGIA. [Consultado 10/12/2016].

