



MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL TERRITORIAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Una experiencia de política pública

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar)

Secretario de Estado

Mg. Roberto Moro

Subsecretaria de Abordaje Integral

Lic. Lidia Noemí Saya

Directora Nacional de Abordaje Estratégico

Lic. Florencia Tufró

Coordinador de Abordaje Territorial

Lic. Ariel Fernández

Coordinadora de Estrategias de Abordaje

Lic. Mariana Carroli

Coordinadora de Asistencia Técnica

Lic. Erica Tejera

Esta publicación fue realizada a partir del trabajo interdisciplinario de los equipos de abordaje territorial, tanto de los DIAT y DTC, como de los equipos que trabajan en el diseño y la implementación de políticas públicas de abordaje de los consumos problemáticos. Participaron de la experiencia, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, politólogos, terapeutas ocupacionales, recreólogos y referentes comunitarios.

Autoría

Astolfi Romero, Clara
Azparren, Ana Laura
Bordoni, María Flavia
Carroli, Mariana
Fernández, Ariel
Garbi, Silvana
Tejera, Erica
Tufró, Florencia

Colaboradores

Álvarez, Federico, *Dimensión Legal*
Boczkowski, Ionatan, *Dimensión Educativa*
Garay, Micaela, *Dimensión Promocional*,
Coros
Iob, Hernán, *Dimensión Educativa*
Marolla, Valeria
Masson, Maura, *Hacemos Futuro*
Moreno, Cielo, *Ritmo, Barrio y Poesía*
Palmieri, María Florencia, *Hacemos Futuro*
Parajon, Ariel, *Dimensión Laboral*
Pighin, Romina, *Hacemos Futuro*
Rezzonico, Guadalupe, *Hacemos Futuro*
Ríos, María Victoria, *Análisis de datos*
Romero, Daniela, *Dimensión Legal*
Sabatini, Leandro
Salaberry, Juan Ignacio, *Tratamiento Comunitario, Dimensión Psicoasistencial*
Sanguinetti, Gonzalo, *Dimensión Educativa*
Vera, Juan José, *Tratamiento Comunitario*
Videla, María Brisa, *Ritmo, Barrio y Poesía*
Vuegen, Federico, *Dimensión Promocional, Coros*

Experiencias territoriales

DIAT "Casa Caracol", Mar del Plata,
Buenos Aires
DIAT Chivilcoy, Buenos Aires
DIAT Corrientes, Corrientes
DIAT Eldorado, Misiones
DIAT Fontana, Chaco
DIAT Junín, Buenos Aires
DIAT San Luis, San Luis
DIAT Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe
DTC Barrio "La Gloria", Mendoza
DTC Eldorado, Corrientes
DTC Gualaguaychú, Entre Ríos
DTC Morón, Buenos Aires
DTC Pilar, Buenos Aires
DTC San Isidro, Buenos Aires
DTC Tilcara, Jujuy

Edición y corrección: Georgina Fiori,
María Laura Korell y María Luz Zacconi

Diseño y maquetación:
María Soledad Carballo

ÍNDICE

Presentación

7

1. Estado del arte

10

1.1 La sociedad de consumo y la medicalización de la vida

11

1.2 Concepciones sobre los consumos

y los consumos problemáticos

13

1.3 Del modelo médico hegemónico al modelo
de abordaje integral y comunitario

14

1.4 Situación epidemiológica

16

1.4.1 Contexto global

16

1.4.2 Contexto regional

17

1.4.3 Contexto nacional

20

1.5 Cambio de paradigma internacional.

De la *guerra contra las drogas* a políticas con enfoque
de derechos humanos

23

1.6 Respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos
de drogas en la Argentina. Breve recorrido histórico

25

1.7 Respuestas comunitarias a los consumos de drogas:
una alternativa de intervención

30

Referencias bibliográficas

34

Normativa

38

2. Marco normativo

39

2.1 La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas

40

2.2 Marco normativo internacional

42

2.3 Marco normativo nacional

44

Ley N° 26.657 de Salud Mental

45

Ley N° 26.934 Plan Integral de Abordaje
de los Consumos Problemáticos

47

Referencias bibliográficas

51

3. Antecedentes de abordaje territorial y primeras experiencias en la Argentina	53
3.1 Antecedentes del abordaje territorial e integral	54
3.1.1 Contexto mundial	54
3.1.2 Contexto regional	58
3.1.3 Contexto nacional	60
3.2 Los abordajes comunitarios de los consumos de drogas en la Argentina	61
3.2.1 Abordajes impulsados desde la sociedad civil	61
3.2.2 Abordajes impulsados desde el Estado	63
Referencias bibliográficas	68

4. Principales lineamientos del abordaje territorial integral	72
4.1 Territorio y abordaje territorial	73
4.2 Principios rectores del abordaje territorial	74
4.2.1 Universalidad de derechos	75
4.2.2 Integralidad	76
4.2.3 Reducción de vulnerabilidades	76
4.2.4 Intersectorialidad y trabajo en red	77
4.2.5 Accesibilidad y bajo umbral	78
4.2.6 Participación social y comunitaria	79
4.2.7 Perspectiva de género	80
4.2.8 Enfoque intercultural	80
4.3 Dimensiones del abordaje territorial integral	81
4.3.1 Dimensión asistencial	82
4.3.2 Dimensión promocional	83
4.3.3 Dimensión educativa	84
4.3.4 Dimensión laboral	85
4.3.5 Dimensión legal	87
4.4 Dispositivos de abordaje territorial	88
4.4.1 Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT)	92
4.4.2 Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC)	103
Referencias bibliográficas	113

5. Una política pública en el territorio	116
5.1 Características de las personas que concurren a los dispositivos	117
5.1.1 Distribución por género	117
5.1.2 Distribución por edad	118
5.1.3 Distribución según niveles educativos	120
5.1.4 Distribución por tipo de consulta	121
5.1.5 Distribución por motivo de consulta	123
5.1.6 Vulneraciones identificadas en el primer contacto	124
5.1.7 Consumos problemáticos	127
5.1.8 Permanencia en los dispositivos	131
Conclusiones	132
5.2 Acciones de la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico	134
5.2.1 Acciones de formación y capacitación de los equipos territoriales	134
5.2.2 Programas de articulación intersectorial	137
5.2.3 Experiencias de los dispositivos territoriales	144
Experiencias territoriales	148
1. DIAT de Junín, Buenos Aires	148
2. DIAT de la ciudad de Corrientes	151
3. DTC de Tilcara, Jujuy	152
4. DIAT “Casa Caracol”, Mar del Plata, Buenos Aires	153
5. DIAT de Chivilcoy, Buenos Aires	154
6. DTC de Gualeguaychú, Entre Ríos	157
7. DTC del Barrio “La Gloria” de la ciudad de Mendoza	158
8. DTC del Barrio “Agustoni” de Pilar, Buenos Aires	160
9. DTC de Eldorado, Misiones	162
10. DIAT de Fontana, Chaco	164
11. DTC del Barrio “20 de Junio” de Eldorado, Misiones	164
12. DTC del Barrio “La Gloria” de la ciudad de Mendoza	166
13. DIAT de Morón, Buenos Aires	167
14. DIAT de Chivilcoy, Buenos Aires	171
15. DTC de San Isidro, Buenos Aires	173
16. DIAT y DTC de Eldorado, Misiones	175
17. DIAT de Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe	177
18. DIAT de la ciudad de San Luis	178

PRESENTACIÓN

Esta publicación ha sido realizada con la intención de contar el recorrido de los equipos de trabajo de la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE), de la Subsecretaría de Abordaje Integral en la Sedronar, así como también con la intención de ser un aporte para la discusión y la consolidación del Abordaje Integral y Comunitario de los consumos problemáticos.

El hecho de hablar de *consolidación* no es al azar, dado que la experiencia que se relata nace del fortalecimiento y de la reorganización de una política pública que se comenzó a desarrollar a partir de los cambios normativos que habilitaron y promovieron estas nuevas prácticas. Este salto cualitativo en el abordaje que permitió expandir las prácticas a nuevos territorios tiene como horizonte el asentamiento de las bases de un modelo de abordaje que trascienda a los dispositivos territoriales de la DNAE, y que pueda promover su implementación en nuevos escenarios dirigidos al abordaje de los consumos y los consumos problemáticos.

Consideramos que ha sido un proceso complejo de aprendizajes constantes, que comprendió la capacitación y el acompañamiento permanente, tanto de los equipos territoriales como de los referentes del equipo central. En este camino, se produjo un *ida y vuelta* entre quienes llevan adelante las acciones directas de contacto con la población y quienes tienen la función de diseñar, monitorear y analizar los modelos de abordaje. Es, en esta dialéctica, que se construyeron las bases para el trabajo.

Pensar y diseñar el Modelo de Abordaje Integral Territorial como guía y sustento de las acciones que implementan los dispositivos de la DNAE tuvo como fin dar marco y ajustar las prácticas de los dispositivos a la normativa vigente tanto en el orden nacional como en el internacional.

Históricamente, los recursos en materia de salud mental han sido planificados tomando como criterio el abordaje de enfermedades mentales definidas según diagnósticos individuales. Diversos autores señalan las dificultades que se presentan en la actualidad para el acceso a los espacios clásicos de salud y atención social, con gran incidencia para las personas con consumo problemático. Lo mismo, refieren, responde a problemáticas colectivas de salud/salud mental, destacando principalmente la labilidad de los lazos sociales y la fragilidad de las redes comunitarias (Bang, 2014) y el proceso de soledad relacional (Galende, 1997), que conlleva a la desarticulación de las formas de organización colectiva.

Es así como vemos que en torno a los problemas de salud/salud mental, en general, y de consumo problemático en particular, y sus presentaciones actuales, existe una complejidad necesaria de vislumbrar. El desamparo social se presenta como un denominador común en las situaciones clínicas actuales, lo que genera en los equipos que abordan esta problemática la necesidad de revisar sus prácticas y sus modos de abordaje. Asimismo, introduce el desafío de incluir una mirada que identifique estas problemáticas dentro del campo de acciones de promoción de salud mental comunitaria, reconociendo la *complejidad* que este escenario reviste, en la que es necesario hablar de procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados (Bang, 2014).

Frente a este contexto, ha resultado necesario el diseño de nuevas estrategias de acercamiento a la población y, como consecuencia del abordaje, constituyéndose las mismas como una modalidad más dentro del abanico de prestaciones del sistema de salud destinadas a los consumos y los consumos problemáticos.

Los equipos tienen como objetivo principal el abordaje integral territorial de los consumos problemáticos, orientado hacia la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos como procesos potencialmente terapéuticos. Se trata de poder descubrir, echar luz, a las narrativas del territorio y en ellas vislumbrar los posibles padecimientos vividos por las comunidades que lo habitan, sin perder de vista las propias percepciones de las personas sobre su situación. Es a partir de dicho *diálogo* que se visibilizan las tramas territoriales, leídas en clave de red, que la misma comunidad *ha tejido*. Tomando como base dichas redes y discursos, se propone promover acciones que atiendan a las situaciones problema reconocidas.

En este sentido, los dispositivos territoriales de la D_{NAE} se han posicionado como actores claves para promover el acceso a poblaciones históricamente excluidas. Los dispositivos actualmente llegan a poblaciones a las que difícilmente han accedido otros actores, o que al hacerlo no han logrado bajar las barreras que habilitan su accesibilidad. Es en este punto donde radica la importancia de sostener y potenciar las prácticas de los dispositivos, que se han constituido como referentes territoriales en cada una de las localidades en las que se encuentran emplazados.

Se cree que lo mismo en parte responde al hecho de que el modelo nace y tiene como eje principal la perspectiva de derechos humanos. Los dispositivos, en este sentido, promueven prácticas de cuidado de la salud singulares y colectivas a partir de la participación de las personas usuarias en los procesos de restitución y ejercicio de derechos. Con tal fin se prioriza *la voz* del sujeto a la hora de diseñar intervenciones, a partir de la misma se analizarán las variables que hacen a su situación diseñando conjuntamente las estrategias de abordaje.

El objetivo final de las acciones es la reducción de vulnerabilidades, promoviendo y acompañando procesos de restitución de derechos. Lo mismo hace que el fin último de las prácticas sea promover una mejora en la calidad de vida de los sujetos y sus comunidades, lo que también es un desafío a la hora de medir y evaluar el impacto de esta política pública.

Puede observarse cómo los dispositivos han logrado posicionarse como referentes estatales y partícipes activos de las redes de protección de derechos. En este sentido, se acompañó a los equipos a que se apropien de la función de agentes estatales que les corresponde. Ello implica el deber de formar parte de las redes de protección de derechos, en particular con gran primacía en la protección de derechos en materia de salud mental, niñas, niños y adolescentes, y género.

Esta participación en diversas redes estatales y comunitarias favorece que el impacto de esta propuesta de abordaje no quede circunscripta únicamente a las acciones de los dispositivos, sino que las trascienda y alcance a los actores locales de los territorios y sus prácticas. La aplicación del modelo permitió poner en juego y visibilizar modos diferentes de abordaje de la problemática de los consumos, resaltando la protección de los derechos de las personas y promoviendo su participación activa en todo el proceso.

El trabajo aquí desarrollado no hubiese sido posible sin la decisión política de las autoridades de la Sedronar, de implementar y profundizar el modelo de abordaje integral territorial como una respuesta posible para el tratamiento de los consumos problemáticos.

Dada la complejidad que estas acciones revisten es que se cree que el abordaje integral territorial es aún un modelo en construcción, que requiere continuar nutriéndose de las prácticas que de él se desprendan. Deseo que este documento sirva como aporte para el debate, la reflexión y la construcción de una política integral y territorial para el abordaje de los consumos y las situaciones críticas asociadas a esas prácticas.

Florencia Tufro
Directora Nacional de Abordaje Estratégico

1

ESTADO DEL ARTE

En este capítulo se sistematizan los aportes de distintos estudios y corrientes de investigación. En primer lugar, se describe la concepción de consumos problemáticos de drogas, así como su abordaje en un contexto caracterizado por el consumo y la medicalización de la vida. Posteriormente, se analiza el pasaje del modelo médico hegemónico a un modelo de abordaje integral, para luego dar cuenta de las características que adquiere el consumo de drogas –legales e ilegales– en la actualidad, tanto en el contexto mundial, como regional y nacional. A continuación, se presenta el pasaje del paradigma internacional de lucha contra las drogas a otro basado en el enfoque de derechos humanos. Luego, se sintetizan las distintas respuestas terapéuticas que se han desarrollado en la Argentina respecto de los consumos problemáticos de drogas. Por último, se analizan las transformaciones sociales, políticas, económicas y territoriales ocurridas en el país en las últimas décadas, que han dado lugar a nuevos contextos, sustancias y prácticas de consumo de drogas en la actualidad.

PALABRAS CLAVES

sociedad de consumo
medicalización
consumos de drogas
consumos problemáticos
modelo médico hegemónico
abordaje comunitario
estadísticas de consumo
enfoque de derechos humanos

1.1 | LA SOCIEDAD DE CONSUMO Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA

En las sociedades del pasado, los consumos de drogas estaban asociados a usos rituales, lúdicos, recreativos o festivos. En la actualidad, a esos rituales se añaden otras significaciones relacionadas con las representaciones sociales que circulan mediante discursos, prácticas y dispositivos, con características particulares atribuidas a los sujetos, es decir, las personas que son usuarias de drogas, con el contexto social y cultural y con las características de las sustancias.

Cuando se hace referencia a los consumos de drogas es necesario considerarlos en el contexto particular de la *sociedad de consumo*, en la que los consumos de bienes y servicios en general se han enarbolado como modo de satisfacción de deseos y necesidades.

Una de las características de la sociedad contemporánea es que se encuentra atravesando un proceso de pasaje de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores (Bauman, 2007). Este cambio implica múltiples y profundas transformaciones: una de ellas es que la sociedad condiciona y diseña la vida de los sujetos centrándolos particularmente como consumidores, es decir, que educa a las personas para que sean consumidoras, para que estén dispuestas a ser seducidas constantemente por las ofertas del mercado, a la vez que crean que son ellas quienes mandan, juzgan, critican y eligen, cuando en realidad el modelo de interacción los sitúa también como objetos producidos por el mercado. Así, para obtener los reconocimientos que el sistema exige, los sujetos se ven exigidos de adaptarse y reciclarse de manera permanente, estar al día, captar la atención y generar demanda al mercado. En tanto, las publicidades y las propagandas presentan los bienes y los servicios de consumo como objetos capaces de satisfacer todas las aspiraciones de felicidad que pueda tener una persona.

En ese sentido, el análisis de la relación entre las personas y las drogas no puede quedar escindido de las formas particulares que la época imprime a las relaciones entre las personas y sus consumos. Las drogas –sobre todo, las drogas *legales*– no han escapado a este proceso: tanto los medicamentos como el alcohol se han integrado a una batería de objetos de consumo para la vida cotidiana.

Así como se han convertido en objetos privilegiados de esta sociedad de consumo, forman parte de otro proceso también contemporáneo y que afecta los modos de pensar, definir y construir el fenómeno del consumo de drogas: el *proceso de medicalización*.

El concepto de *medicalización de la vida* (Touzé, 2006; Illich, 1975) es explicativo del sentido o de las tendencias observables en las prácticas de control y cuidado de la salud. Así, a partir del siglo XVIII, en Europa, una gran parte de situaciones que hasta entonces no eran definidas como *problemas médicos* comenzaron a ingresar en la jurisdicción de la medicina. El *proceso de medicalización de la sociedad* (Foucault, 1976; Conrad y Schneider, 1985) ha generado que la medicina se convierta en una ciencia específicamente social y se torne en estrategia *biopolítica*¹, es decir, que despliega y expande su dominio hacia otros campos distintos de la enfermedad y de la demanda del enfermo, para dedicarse a una multiplicidad de cuestiones que hacen a la constitución, normalización y control del cuerpo tanto individual como social. Como correlato de ello, a la medicina se le adjudicó el estatuto de influir en la moralidad² y de presentar los valores científicos y profesionales como aquellos que debían orientar la conducta de otros.

El proceso de medicalización es transversal a los modos de producción de subjetividad, de padecimientos y también de placeres (Stolkiner, Vázquez y Quercetti, 2016). Además, en la actualidad, opera mediante los sentidos ligados a la mercantilización en el contexto de las sociedades de consumo. De esta manera, la medicalización supone la medicamentación, es decir la convicción de que hay un fármaco para cada malestar (Iriart, 2008), incluso para los más propios de la vida humana como pueden ser la tristeza y el miedo. En las prácticas cotidianas de cuidado, las personas profundizan el anhelo de eliminar el malestar o potenciar los rendimientos (Sfez, 2008). Pastillas para evitar la tristeza, para dormir, para mantenerse despierto, para acrecentar la diversión, para calmar o aumentar el apetito. Y también pastillas para aplacar el malestar que la misma cultura de consumo produce bajo los mandatos sociales de éxito, producción, inmediatez y velocidad en la experiencia (Stolkiner, Vázquez y Quercetti, 2016).

Este avance de la cultura de la medicamentación tiene como correlato un selectivo tratamiento social que rechaza ciertos consumos y tolera otros. Mientras que las sustancias *legales* como los psicofármacos, el tabaco y el alcohol son no solo tolerados sino incluso promovidos, otras sustancias son demonizadas. Lejos de considerar a las sustancias inocuas en sí mismas, el abordaje que se propone desde esta publicación pretende socializar una perspectiva relacional que enmarque los consumos en un contexto particular, con sus singulares significaciones, y que considere qué sujetos consumen qué sustancias, cómo las consumen, dónde y por qué lo hacen.

1 Según Michel Foucault, la biopolítica es una forma específica de gobierno que aspira a la gestión de los procesos biológicos de la población. Su emergencia se sitúa a mediados del siglo XVIII y se añade a una tecnología de poder precedente, denominada *anatomía política del cuerpo*. Si bien ambas operan sobre el cuerpo, a diferencia de la anatomía política, en la que el cuerpo es individualizado como organismo, dotado de capacidades, en la biopolítica los cuerpos son ubicados en procesos biológicos de conjunto. Es decir, mientras que una opera sobre la individualización, la segunda lo hace sobre la masificación; una sobre el cuerpo-individuo, la otra sobre la población.

2 Ejemplo de ello, en la Alemania del siglo XVIII se proponía el desarrollo de una *policía médica* que supervisara la salud y la higiene de la población y controlara actividades como la prostitución (Rosen, 1974, citado en Conrad y Schneider, 1985).

1.2 | CONCEPCIONES SOBRE LOS CONSUMOS Y LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

El análisis de la problemática del consumo de drogas desde la perspectiva relacional es una tarea que debe realizarse en sus múltiples dimensiones; es decir, que demanda que se consideren sus diversos elementos constitutivos, entre ellos, las diferentes representaciones sociales que circulan sobre los usos de drogas y sustancias psicoactivas y sobre las personas que las consumen; prácticas individuales y colectivas asociadas al consumo; saberes expertos y legos subjetividades; sustancias; contextos socio económicos, políticos, culturales e ideológicos, entre otros.

En la práctica, distintas experiencias de análisis han otorgado primacía a uno u otro de estos elementos en detrimento de los demás, lo que ha redundado en la emergencia de distintos modelos interpretativos y de diferentes formas de percibir, definir y construir el fenómeno del uso de drogas. Así, existen discursos que ponen el foco en las sustancias y otros que lo hacen en los sujetos usuarios o en las variables más contextuales. Estas distintas formas de concebir *el problema de las drogas*, representadas en esos discursos, han habilitado diversas medidas sociales, políticas, legislativas y sanitarias muy disímiles, así como delimitado los mecanismos sociales e institucionales que se ponen en marcha para controlar dicho fenómeno.

En relación con las representaciones sociales de las personas usuarias de drogas, los discursos dominantes se inscriben socialmente en relación con las dos lógicas que lograron la hegemonía en el tratamiento de estos temas: por un lado, la lógica terapéutica, que es la que pretende su cura; por otro lado, la lógica punitiva, que es la que busca el control de los usuarios. Ambos modos de abordaje habilitan un tratamiento de este fenómeno centrado en el disciplinamiento social y en el establecimiento del proceso de normalización, a la vez que se traducen en la estigmatización y la discriminación de las personas que llevan a cabo dichas prácticas (Camarotti, 2010).

Si, en cambio, se entiende que el consumo de drogas debe considerarse desde un modelo multidimensional (Touzé, 2006), ha de ser entendido como un fenómeno plural, que tiene múltiples manifestaciones según los momentos históricos, las culturas, las clases sociales, los modelos económicos, las situaciones particulares de un país, los diversos significados que les asignan los sujetos y las diferencias entre las sustancias. El carácter polifacético y complejo del consumo de drogas demanda la utilización de enfoques cada vez más inclusivos, y que den cuenta de los múltiples escenarios en los que esos consumos se llevan a cabo.

Desde esta perspectiva, una conceptualización de las drogas es la que las define como un conjunto de sustancias químicas que, al incorporarse al organismo, producen

una variabilidad de efectos complejos relacionados con la sustancia que se consume, el sujeto consumidor y el contexto en que tienen lugar las prácticas de consumo. Y, además,

[...] cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales [...] elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas (Romaní, 2008).

En relación con la dimensión del consumo, en los últimos años se ha acuñado el concepto de *consumos problemáticos*, que resulta más específico y descriptivo porque atiende no ya al objeto de consumo, sino a las situaciones y conductas de consumo que afectan la salud de las personas y sus relaciones sociales. El texto de la Ley N° 26.394 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos promulgada en 2014 (de ahora en adelante Plan Iacop) los define como:

[...] aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley N° 26.934).

Si se analizan las prácticas individuales y grupales de consumo de drogas, una de las primeras conclusiones a las que se arriba es que no todo consumo de drogas se constituye en un consumo problemático y, menos aún, en una adicción. En efecto, existen distintos tipos de consumos que varían de acuerdo con las frecuencias, las cantidades y los tipos de sustancias, pero también de acuerdo con la relación sujeto-sustancia, es decir, el tipo de compromiso que se establece con el uso, y las relaciones y rituales que se organizan en relación con él (Castel y Coppel, 2004).

1.3 DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO AL MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL Y COMUNITARIO

Adoptar la perspectiva relacional implica correrse del paradigma del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) y situarse, en cambio, en un modelo de abordaje centrado en la comunidad, dado que el modelo médico hegemónico (MMH):

[...] constituye el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988).

A partir de su extenso trabajo de campo en investigación sobre experiencias de gestión de la salud pública en América Latina, Menéndez estableció que el MMH presenta una serie de rasgos estructurales que modelan las relaciones que se dan al interior de su desarrollo. Los principales son:

[...] biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y las tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez, 1988).

Si se atiende a las características del mmh, es dable pensar que una política que pretenda adoptar una perspectiva relacional en materia de drogas debe necesariamente situar su intervención desde un modelo que tome en consideración la mirada médica como *una* de las variables entre muchas otras. En este sentido, el modelo de intervención que se adopte debe considerar las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y económicos, entre otros.

Asimismo, dada la complejidad del trabajo en los territorios y la tensión constante entre lo colectivo y lo singular de cada contexto, la intervención tiene que tomar a la propia comunidad como su pieza fundamental. Lejos de un abordaje biologicista, individualista, ahistórico y que no tome en consideración el saber de la propia comunidad, se busca promover una intervención comunitaria en salud realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación.

El abordaje integral en el ámbito de la salud implica un conjunto de acciones individuales y colectivas que incluyan a todos los sujetos que participan en los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Supone, entonces, llevar adelante acciones orientadas a la promoción de la salud y la reducción de riesgos y daños, mediante estrategias específicas tanto para el desarrollo territorial como para cada uno de los niveles de atención del sistema de salud (primario, secundario y terciario), de modo que los procesos de salud-enfermedad-cuidado no se limiten o agoten en los ámbitos *clásicos* del sistema de salud, sino que sean parte de la vida cotidiana de los sujetos. De esta manera se comprende el proceso de salud-enfermedad-cuidado desde el enfoque de derechos

para diseñar estrategias que consideren la fragilidad social, política y/o jurídica de las personas y la promoción, protección y/o garantía de sus derechos de ciudadanía (Camarotti y Kornblit, 2015).

De este modo, las necesidades evocadas por los sujetos atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden la problemática de consumo (vivienda, trabajo, educación, seguridad, entre otros). Priorizar la voz de los sujetos a la hora de diseñar las intervenciones implica vislumbrar estas necesidades y propiciar acciones para atenderlas, incluyendo de forma activa a las personas en todo el proceso.

Asimismo, el abordaje integral de la problemática requiere comprender su inevitable vinculación con el sufrimiento y el dolor al mismo tiempo que acompañar el proceso de reconstrucción de la red social de apoyo. Las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas otorgan las herramientas para construir proyectos propios, individuales y colectivos, que reducen el padecimiento de los sujetos que atraviesan dicha problemática.

La complejidad de la problemática ligada a históricas vulneraciones de derechos obliga, entonces, a orientar las prácticas hacia propuestas singulares y comunitarias que generen condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos propiciando para ello, de manera comunitaria, una puesta en cuestión de los imaginarios colectivos sobre los consumos y las personas usuarias. De esta manera, en el marco de una política pública descentralizada, se entiende que los dispositivos territoriales nacionales son efectores de prácticas asociadas a la promoción y la asistencia comunitaria de quienes estén atravesando situaciones de consumo problemático. Resulta evidente, entonces, que el abordaje integral excede a un campo único de conocimientos o instituciones específicas y, en virtud de la complejidad de la problemática, exige un abordaje interdisciplinario e interactoral.

1.4 | SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1.4.1 | CONTEXTO GLOBAL

Según el *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc, según su denominación en inglés) cerca de 250 millones de personas, es decir, alrededor del 5% de la población adulta mundial, consumieron drogas por lo menos una vez en 2015 y unos 29,5 millones de esos consumidores, es decir, el 0,6% de la población adulta mundial, tiene un consumo problemático de drogas.

Los opioides³ siguen siendo la clase de droga más nociva para la salud, seguidos por las anfetaminas. El consumo de opioides está asociado al riesgo de sobredosis fatales y no fatales, al riesgo de contraer enfermedades infecciosas (como el VIH y la hepatitis C) debido a las prácticas peligrosas (como el hecho de compartir jeringas durante el consumo de drogas por inyección) y al riesgo de otras clases de comorbilidad médica y psiquiátrica.

Asimismo, se ha observado que en los últimos años la variedad de sustancias que se pueden adquirir en el mercado de drogas se ha ampliado considerablemente; si bien persisten las sustancias tradicionales, cada año surgen nuevas sustancias psicoactivas⁴ (NSP). El policonsumo de drogas no es nuevo, ya que ha sido una de las modalidades de consumo durante muchos años; no obstante, actualmente plantea riesgos cada vez mayores debido a las combinaciones que pueden utilizarse. Precisamente en el informe mundial se advierte acerca del uso de estas NSP puesto que los consumidores de esos productos no conocen la cantidad ni la dosificación de las sustancias psicoactivas que contienen algunos de ellos, lo que puede exponer a esas personas a otros graves riesgos sanitarios. La escasa o nula información científica de la que se dispone para determinar los posibles efectos de esas sustancias y para acceder a la mejor manera de contrarrestarlos, es un dato importante a tener en cuenta a la hora de planificar políticas sobre los consumos de estas sustancias.

1.4.2 | CONTEXTO REGIONAL

Según el *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*⁵ publicado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), la región americana⁶ se destaca por presentar variaciones en las sustancias y las modalidades de uso entre los distintos países que componen la región.

Si bien existen importantes variaciones en las sustancias y las modalidades de uso entre los distintos países que componen la región, como tendencias generales se observa una disminución del consumo de tabaco y un aumento del uso de cannabis

3 Término genérico que se aplica a los alcaloides de la adormidera (opiáceos), sus análogos sintéticos (principalmente opioides farmacéuticos o sujetos a prescripción médica) y los compuestos sintetizados en el organismo.

4 Sustancias objeto de uso indebido, ya sea en su estado puro o en preparados, que no están sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni al Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden entrañar un peligro para la salud pública. En este contexto, el término nuevas no se refiere forzosamente a nuevas invenciones, sino a sustancias que han empezado a circular recientemente.

5 El informe de 2015 es el último estudio disponible a la fecha.

6 La región americana está compuesta por cuatro subregiones: América del Norte, América Central, América del Sur y el Caribe, y comprende una población total de 954 millones de habitantes, lo que representa el 13,3% de la población mundial.

en la mayoría de los países, mientras que aproximadamente la mitad muestran también aumentos en el consumo de cocaína. Un desafío para las políticas de drogas está dado por la creciente prevalencia de consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), opioides y benzodiazepinas que, si bien tienen una prevalencia baja, presentan un impacto en la salud muy significativo.

En relación con el género de las personas que consumen, se destaca cierta tendencia a la igualación en el uso de algunas sustancias entre mujeres y varones, principalmente de psicofármacos, drogas sintéticas y opioides. Si bien los varones siguen consumiendo tabaco y cannabis a tasas más altas que las mujeres, esta brecha de género se está achicando en muchos países. Por otro lado, mientras que la cocaína y las cocaínas fumables tienden a ser más usadas por los varones que por las mujeres, el consumo de tranquilizantes es mayor entre estas últimas.

A continuación, se presentan las prevalencias del último mes o año para las distintas sustancias indagadas por el informe referido: alcohol, tabaco, cannabis y cocaínas, en sus distintas formas.

En relación con el consumo de **alcohol** en la población general, la prevalencia del último mes varía de 9,5% en El Salvador a 52% en la Argentina y Uruguay, seguidos de los Estados Unidos con el 50% y de Las Bahamas, Chile y Paraguay, que superan el 40%. En 23 de los 31 países que tienen datos sobre estudiantes de la educación secundaria, al menos el 20% de estos informan haber consumido una bebida alcohólica en el último mes.

Respecto del consumo de **tabaco**, los países que presentan mayor prevalencia en el último mes son Chile (33,45%), Uruguay (29,5%) y la Argentina (28,7%), seguidos por los Estados Unidos (19,1%) y México (17,6%). América Central y el Caribe presentan las prevalencias más bajas, entre las que se destacan Belice (12,7%) y Costa Rica (10,5%).

En el ítem consumo de **cannabis**, la prevalencia del último año en la población general oscila entre el 0,5% hasta casi el 16%. Entre los estudiantes de educación secundaria, el rango es aún más amplio, desde menos del 1% en el extremo inferior (0,9%) hasta casi un tercio (32,8%) en el otro extremo. En América del Norte el consumo de marihuana se encuentra cercano al 14% en Canadá y los Estados Unidos, y es de un 2% en México. En América del Sur, Chile presenta un consumo de marihuana del 14,5%, mientras que en la Argentina y Uruguay es menor al 10%. Entre los países del Caribe, Jamaica destaca con un registro del 15,5%, seguido de Barbados donde el consumo es levemente inferior al 8%. La prevalencia del último año de consumo de marihuana más baja se observa en Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, con tasas inferiores al 1%.

Las **cocaínas** se distinguen en tres tipos, según el proceso de elaboración que las determina y el modo en que son consumidas: clorhidrato de cocaína, pasta base y crack. Si bien las tres contienen el alcaloide cocaína, pueden diferenciarse mercados, modos de tráfico y patrones de consumo según estas tres drogas, las cuales van mutando según los procesos de adulteraciones y fraccionamiento.

El **clorhidrato de cocaína** se consume vía inhalación, y ha sido llamado *la droga de los años ochenta y noventa* por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. El consumo de clorhidrato de cocaína está muy extendido en todo el hemisferio y sus subregiones. Once países muestran una prevalencia del último año de menos del 0,5%, mientras que los Estados Unidos tiene el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1,9%, seguido por la Argentina y Uruguay (1,6%) y Canadá (1,5%).

Las **cocaínas fumables** (principalmente la pasta base) han aparecido y se han instalado en los países de América del Sur, principalmente en la Argentina, Chile, Uruguay y el Brasil, a principios del siglo XXI. Durante los últimos años, Paraguay también informó sobre la extensión de este consumo, al que le llaman *crack* o *chespi*. La aparición de la pasta base de cocaína en los países del Cono Sur fue detectada a partir de indicadores como la aparición sucesiva en salas de emergencia de personas con episodios de intoxicación, el incremento de la demanda de tratamiento, los problemas de inseguridad y la vulnerabilidad asociados a las personas que empleaban la sustancia. Según el informe de la Cicad/OEA, en ninguno de los casos los resultados obtenidos por los estudios en población general o en estudiantes secundarios alertaron sobre este nuevo patrón de consumo, ya que la prevalencia estimada era baja y se mantenía estable en el tiempo, por lo que fueron necesarias nuevas metodologías para conocer y estimar a la población con consumo de pasta base en las llamadas poblaciones ocultas o sectores de difícil acceso. Es por ello que las prevalencias en el último año de consumo de pasta base en la población general de los países del Cono Sur presentan valores que oscilan entre 0,04% y 0,5%. El consumo de **crack**, en tanto, se encuentra más extendido en los países de América Central y el Caribe, donde las mayores prevalencias en el último año oscilan entre un 0,2% y un 0,3%.

El informe realizado por la Cicad/OEA en 2019 destaca el alto nivel de uso de drogas entre la población adolescente en los países de las Américas, con una muy baja percepción de riesgo frente al uso ocasional de estas sustancias. Asimismo, y en concordancia con el informe mundial de la Unodc, afirma que en los últimos años el mercado de las drogas ilícitas se ha caracterizado por la aparición de varias nuevas sustancias psicoactivas (NSP), que a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a las sustancias controladas internacionalmente. Los países de la región que han reportado la mayor cantidad de NSP son Canadá y los Estados Unidos, aunque en los últimos años han aparecido también en distintos países del Cono Sur.

1.4.3 | CONTEXTO NACIONAL

En la Argentina, los principales resultados relevados en el *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas* (OAD, 2017a), realizado por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Sedronar, en relación con la magnitud del consumo, indican que el uso de alcohol y de tabaco presentan las prevalencias más altas, ya sea de vida, año y mes, seguidas por el consumo de marihuana. Cerca del 81% de las personas de entre 12 y 65 años consumió alcohol alguna vez en la vida, y más de la mitad de las personas lo hace actualmente, de los cuales la mayoría son varones.

La tasa más alta de consumo actual de **alcohol** se observa entre los 18 y 24 años (62%). De los bebedores actuales, un 5% presenta un consumo regular de riesgo⁷, el mismo es mayor entre varones (6,1%) y entre los mayores de 50 años (9,1%). Un 20% de la población general tuvo consumo episódico excesivo de alcohol⁸, mayoritariamente entre los bebedores actuales de 12 a 24 años, donde el 47% consumió al menos una vez cinco tragos o más en una misma ocasión.

Sobre el **tabaco**, el estudio relevó que algo más de la mitad de la población de 12 a 65 años fumó cigarrillos alguna vez en su vida y que 5.418.431 personas, es decir casi 29 personas de cada cien fuman actualmente. Entre los varones el consumo es mayor que entre las mujeres (32,2% y 25,3 % respectivamente) y son los jóvenes de 25 a 34 años quienes tienen niveles de consumo más elevados.

La **marihuana** es la droga ilícita de mayor consumo en el país. El 17% de la población consumió alguna vez en su vida, el 7,8% lo hizo en el último año y el 5,4% consume actualmente. El consumo es mayor entre los varones, y entre las personas de 18 a 24 años. La mayoría de las personas que consumieron marihuana en el último año (56,6%), lo hizo de forma ocasional⁹, mientras que 278.689 personas presentan un uso abusivo de marihuana. Esta cifra representa el 18,8% de los consumidores del último año y el 1,5% de la población general. El 2,7% de los adolescentes consume marihuana actualmente. Entre 2010 y 2017, hubo un aumento del 121% en las tasas de consumo de marihuana.

7 *El consumo de alcohol regular de riesgo* es definido como el consumo de más de un trago promedio por día en mujeres y de dos tragos promedio por día en varones en los últimos treinta días (OAD, Tabaco y Alcohol, intensidad del consumo. http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/InformeZconsumoZdeZTabaco_1.pdf)

8 *El consumo de alcohol episódico excesivo* es definido como el consumo de cinco tragos o más al menos una vez en los últimos treinta días, pudiendo este consumo haberse producido entre semana o durante el fin de semana. (OAD, Tabaco y Alcohol, intensidad del consumo. http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/InformeZconsumoZdeZTabaco_1.pdf)

9 *La intensidad de consumo observada* a partir de la frecuencia de uso puede clasificarse en consumo experimental o de una sola vez; ocasional, si lo hizo algunas veces durante los últimos doce meses o algunas veces mensualmente y consumo frecuente, si es un consumo semanal, ya sea de varias veces en la semana o diariamente. (OAD, Marihuana, intensidad del consumo. <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MarihuanaZZ2017.pdf>)

PREVALENCIA DE VIDA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS.

SUSTANCIAS	POBLACIÓN	%	VARÓN	MUJER	OTRO	12-17	18-24	25-34	35-49	50-65
ALCOHOL	15.362.646	81	86	76,5	100	60,5	88,1	86,3	80,6	78,5
TABACO	9.722.464	51,3	55,2	47,8	18,6	19	47,7	56,3	52,4	59,3
MARIHUANA	3.304.072	17,4	21,4	13,9	10,9	8,6	29,3	26,8	15,5	4,8
COCAÍNA	1.000.741	5,3	8,2	2,7	—	1,2	6,5	7,7	6,4	2,1
ALUCINÓGENOS	434.721	2,3	3,2	1,5	—	0,5	4,3	4,3	1,8	0,1
PASTA BASE Y/O PACO	99.815	0,5	0,9	0,2	0,05	0,2	1	0,7	0,5	0,1
ALGUNA DROGA ILÍCITA	3.466.427	18,3	22,6	14,4	10,9	8,8	30,1	27,5	16,5	5,9
ANALGÉSICOS OPIÁCEOS S/PM	1.176.351	6,2	5,9	6,5	—	2,6	6,3	6,4	7	6,2
TRANQUILIZANTES S/PM	612.976	3,2	4	2,5	—	0,8	3,8	5	3,8	1,3
ESTIMULANTES S/PM	38.588	0,2	0,3	0,1	—	0,1	0,6	0,3	0,04	0,03

Fuente: Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas (OAD, 2017).

PREVALENCIA DE AÑO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS.

SUSTANCIAS	POBLACIÓN	%	VARÓN	MUJER	12-17	18-24	25-34	35-49	50-65
ALCOHOL	12.884.729	68	74,2	62,3	53,8	78,9	73,8	66,4	60,9
TABACO	5.941.488	31,3	35,4	27,7	13,3	33,5	35,9	34	28,5
MARIHUANA	1.482.165	7,8	10,7	5,2	4,9	15,9	13,3	4,9	0,9
COCAÍNA	292.052	1,5	2,4	0,7	0,4	3	1,9	1,7	0,3
ALUCINÓGENOS	112.953	0,6	1	0,2	0,1	1,9	1	0	—
PASTA BASE Y/O PACO	28.159	0,1	0,3	0	0,02	0,4	0	0,2	—
ALGUNA DROGA ILÍCITA	1.566.868	8,3	11,5	5,4	5	16,1	13,5	6,1	1
TRANQUILIZANTES S/PM	138.505	0,7	0,6	0,9	0,6	0,9	1,4	0,4	0,3
ESTIMULANTES S/PM	16.829	0,1	0,2	0,03	0,05	0,2	0,2	—	—

Fuente: Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas (OAD, 2017).

PREVALENCIA DE MES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS,
POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS.

SUSTANCIAS	POBLACIÓN	%	VARÓN	MUJER	12-17	18-24	25-34	35-49	50-65
ALCOHOL	10.036.992	52,9	62,6	62,3	34,7	62,1	57,7	51,7	49,5
TABACO	5.418.431	28,6	32,2	27,7	11,8	28,8	32,3	31,8	26,9
MARIHUANA	1.027.729	5,4	7,8	5,2	2,8	12	9,5	3	0,3
COCAÍNA	132.351	0,7	1	0,7	0,1	1,4	0,8	0,9	0,1
ALUCINÓGENOS	45.034	0,2	0,5	0,2	0,04	0,6	0,6	—	—
PASTA BASE Y/O PACO	5.130	0,03	0,1	0	—	0,1	0,02	—	—
ALGUNA DROGA ILÍCITA	1.083.756	5,7	8,3	5,4	2,9	12,1	9,9	3,7	0,3
TRANQUILIZANTES S/PM	74.004	0,4	0,4	0,9	0,02	0,7	0,6	0,3	0,3
ESTIMULANTES S/PM	12.828	0,1	0,1	0,03	—	0,1	0,2	0,01	—

Fuente: *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas* (OAD, 2017).

La prevalencia de vida del consumo de **cocaína** de la población de 12 a 65 años es del 5,3%, lo que implica un incremento del 100% con respecto al estudio de 2010. En comparación con el año 2010, se triplicó el consumo de cocaína realizado alguna vez en la vida entre adolescentes de 12 a 17 años. El 1,5% de la población de 12 a 65 años declaró haber consumido cocaína en el último año, el 2,4% de los varones y el 0,7% de las mujeres. Al igual que con la marihuana, en el grupo de edad de 18 a 24 años se encuentran las tasas más altas de consumo.

En relación con el consumo de otras drogas, el mayor porcentaje lo representa el uso de **analgésicos opiáceos sin indicación médica**: el 6,2% de la población de 12 a 65 años declaró haberlos usado. Le sigue el consumo de **alucinógenos**: el 2,3% consumió alguna vez en su vida alucinógenos. Los niveles de consumo estimados para **pasta base** o **paco** presentan tasas inferiores al 0,6% con mayores prevalencias entre los varones que entre las mujeres.

La tasa de consumo de **alguna droga ilícita** duplica a la de 2010; en 2017, el 18,3% de la población consultada probó alguna vez en su vida alguna sustancia de uso ilegal, y el 5,7% refiere haber consumido en el último mes. La diferencia que se observa por género es estadísticamente significativa. El consumo aumentó tanto para varones como para mujeres. Si bien los varones presentan mayores prevalencias que las mujeres, la población femenina consultada registró incrementos superiores tanto respecto del de los varones como para las cuatro sustancias.

1.5 CAMBIO DE PARADIGMA INTERNACIONAL DE LA GUERRA CONTRA LAS DROGAS A POLÍTICAS CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

En los últimos cincuenta años, a partir de la aprobación de una serie de convenciones internacionales, los países integrantes de los órganos de tratados internacionales dispusieron progresivamente instaurar una política de control total del ciclo de las drogas, y adhirieron a lo que fue conceptualizado como el paradigma prohibicionista, es decir, a la postura ideológico-política que entiende que el fenómeno de las drogas debe abordarse mediante la prohibición de su uso, producción y venta. En ese sentido, se declaró la denominada guerra contra las drogas: un modo de combatir a las drogas que tuvo un enorme impacto en el funcionamiento de los sistemas de seguridad y justicia y en las cárceles de los países de América Latina.

La sostenida búsqueda por regular los consumos de drogas y combatir el narcotráfico arroja como saldo al inicio del siglo XXI una escalada cada vez mayor en la prohibición y reglamentación de dichos consumos. En contraposición con los objetivos que se persiguen a través de dicho paradigma, los resultados evidencian no solo que el narcotráfico no se ha acabado, sino que ha aumentado considerablemente. En este sentido, en los últimos años se ha avanzado en las discusiones regionales y globales que cuestionan las actuales políticas de drogas y se han puesto en evidencia los impactos negativos que tienen sobre la vigencia de los derechos humanos. Un informe preparado para la Audiencia Regional ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sobre el impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos en las Américas, realizada en marzo de 2014, por pedido de diecisiete organizaciones de once países de América, da cuenta de que la credibilidad y la legitimidad de este paradigma están seriamente erosionadas, y de que ha ocasionado consecuencias graves (CELS, 2015), entre las que se cuentan:

- El combate policial y militar ha incrementado de manera exponencial la militarización y los niveles generales de violencia.
- Los conflictos violentos han recrudecido en toda la región (principalmente, en América Latina), en especial, en las zonas empobrecidas, lo que profundiza el deterioro de las condiciones de vida y la estigmatización de sus habitantes, además de que impactan de manera desproporcionada en ciertos grupos especialmente vulnerados y, por esa vía, reproducen la discriminación y la exclusión social.
- No ha disminuido el consumo ni el tráfico de drogas (en algunas zonas incluso ha aumentado).

- Ha incrementado la criminalización del consumo de drogas, ha puesto en marcha mecanismos represivos y ha desestimado las dimensiones de salud y derechos humanos.
- Ha habilitado las detenciones masivas y promovido el encarcelamiento en condiciones inhumanas de los sectores más vulnerables (principalmente asociados al microtráfico).
- Ha intensificado la intromisión de los aparatos punitivos.

Sobre la base de estos señalamientos, a nivel regional, se ha comenzado a percibir la necesidad de un cambio en los modos de abordar la problemática del uso de drogas. A partir de ciertas reformas o intentos de reformas, se observa un incipiente viraje en las políticas públicas de drogas de la región que apuntan a ir superando el enfoque represivo y persecutorio con el que históricamente se abordó la temática. En cambio, se considera como fundamental el cumplimiento integral de los derechos de las personas con consumo problemático de drogas, en un marco de libertad, respeto y dignidad.

Como correlato de este viraje, en abril de 2016, los líderes mundiales se reunieron en Nueva York durante el período extraordinario de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ungass) sobre el problema mundial de las drogas. Durante esa reunión, establecieron, entre otros temas, recomendaciones sobre el respeto por los derechos humanos en las políticas de drogas a nivel global, para los próximos veinte años. De esa instancia surgió el documento final titulado *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas* (Ungass, 2016). Las siguientes son algunas de las recomendaciones incluidas en el documento:

- a)** Que las políticas nacionales en materia de drogas, como parte de un enfoque amplio, integrado y equilibrado, respeten plenamente todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y protejan la salud, la seguridad y el bienestar de las personas, las familias, los miembros vulnerables de la sociedad, las comunidades y la sociedad en su conjunto,
- b)** Asegurar el acceso no discriminatorio a servicios de salud y atención y servicios sociales en el marco de programas de prevención, atención primaria y tratamiento,
- c)** Promover la supervisión eficaz de las instalaciones de tratamiento y rehabilitación,
- d)** Seguir determinando y abordando los factores de protección y de riesgo,
- e)** Promover, de conformidad con la legislación nacional, la coordinación eficaz entre los sectores de justicia, educación, aplicación de la ley y servicios sociales a fin de asegurar que se atiendan debidamente las necesidades específicas de los infractores de la legislación sobre drogas menores de edad,

- f) Aplicar medidas prácticas apropiadas para cada edad, adaptadas a las necesidades específicas de los niños, los jóvenes y otros miembros vulnerables de la sociedad, a nivel legislativo, administrativo, social, económico, cultural y educativo, que incluyan medidas que les ofrezcan la oportunidad de llevar una vida saludable y autónoma,
- g) Incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas en materia de drogas.

El último punto resulta particularmente importante, ya que las políticas de abordaje de los consumos de drogas deben propiciar intervenciones que promuevan la igualdad de género (es decir, que no reproduzcan los roles ni los estereotipos que la sociedad asigna a varones y mujeres y que propicien la accesibilidad y estrategias de abordaje y acceso de mujeres y del colectivo de identidades de género).

1.6 RESPUESTAS TERAPÉUTICAS A LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS EN LA ARGENTINA. BREVE RECORRIDO HISTÓRICO

Las primeras respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos de drogas en la Argentina surgieron en las décadas de 1960 y 1970, impulsadas tanto desde el Estado como desde la sociedad civil. La mayoría de esas respuestas se encuadró en la matriz prohibicionista-abstencionista (Corda, Galante y Rossi, 2014), que considera a los consumidores de drogas como delincuentes-enfermos.

La primera institución dedicada al abordaje de los consumos de drogas fue el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), creado en 1966 en el marco de la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a cargo del profesor Alberto Calabrese (Renoldi, 1998; Rodríguez, 2009). Pocos meses después, mediante la firma de un convenio entre esa cátedra y la entonces Secretaría de Salud Pública, se creó el Centro de Prevención de la Toxicomanía (Cepretox) que se dedicó a tareas de prevención y abordajes ambulatorios de los consumos de drogas (Touzé, 2006; Levin, 2013).

En el año 1972 se fundaron el Servicio de Toxicomanías del Hospital “José Tiburcio Borda”, primera institución estatal en ofrecer servicios de internación, y la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (Conaton), dependiente del Ministerio de Bienestar Social. La Conaton fue creada con el objetivo de planificar y desarrollar tareas de prevención, educación, asistencia, rehabilitación y represión de los consumos de drogas (Decreto N° 452/72). En el año 1973, y por iniciativa de la

Conaton, fue creado el Centro Nacional de Reeducción Social (Cenareso), institución pionera en la asistencia integral a personas con adicciones (Camarotti, 2010).

En paralelo con estas respuestas estatales, los primeros abordajes para los consumos de drogas desde la sociedad civil fueron desarrollados por organizaciones religiosas, principalmente cristianas (tanto católicas como evangélicas). Desde mediados de la década de 1970 comenzaron a funcionar en diferentes iglesias grupos de autoayuda integrados y conducidos por exadictos, sin participación de profesionales, y en 1982 se fundó la primera comunidad terapéutica de la Argentina, el Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones "Programa Andrés" (Camarotti y Güelman, 2017).

El regreso de la democracia en 1983 significó una mayor visibilización del fenómeno de consumo de drogas (Camarotti, 2010), con el consiguiente aumento en la cantidad de centros de atención, tanto estatales como de la sociedad civil.

En 1985, durante la presidencia de Raúl Alfonsín se impulsó la conformación de la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (Conconad), bajo la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social. La Conconad fue creada con el objetivo de promover el diseño de políticas preventivas y asistenciales para reducir la oferta y la demanda de drogas (Decreto N°1383/85).

Durante la presidencia de Carlos Menem se disolvió la Conconad y, en su reemplazo, se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), bajo la órbita de la Presidencia de la Nación.

La creación de la Secretaría supuso la unificación en una sola institución de las funciones destinadas tanto a la reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento y capacitación) como al control de la oferta (combate al narcotráfico y al lavado de dinero y registro de precursores químicos) (Camarotti y Güelman, 2017).

En 1989, año de creación de la Sedronar, se sancionó la Ley N° 23.737 Régimen Penal de Estupefacientes modificatoria del Código Penal, que establece la penalización de la tenencia de drogas para consumo personal, y brinda la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento compulsivo por derivación judicial como alternativa a la condena penal (artículos 14 y 16). Ello produjo una demanda considerable de tratamientos, que fue absorbida mayoritariamente por organizaciones de la sociedad civil.

En 1992 se creó el Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales, a cargo de la Sedronar. Este programa otorgaba un subsidio a personas de bajos recursos económicos y sin cobertura de obra social, para que efectuaran un tratamiento en organizaciones no gubernamentales (Garbi, 2016). Tres años más tarde, en 1995, se

sancionó la Ley N° 24.455, que estableció la obligatoriedad de las obras sociales de prestar tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes. Esta obligación fue extendida al año siguiente a las entidades que prestan servicios de medicina prepaga, con la sanción de la Ley N° 24.754 que estableció la obligatoriedad para las empresas o entidades de medicina prepaga de cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales, incluidos los tratamientos para la drogadependencia.

En virtud de esas medidas, durante la década de 1990, aumentó considerablemente el número de instituciones de la sociedad civil dedicadas al abordaje de los consumos de drogas. Estas instituciones fueron adoptando distintas metodologías de trabajo: comunidades terapéuticas, tratamientos ambulatorios, programas hospitalarios de desintoxicación, hospitales de día, entre otros.

Las comunidades terapéuticas constituyen centros residenciales en los que los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico que pueden o no residir en la institución. Estos dispositivos tienen como objetivo que las personas incorporen nuevas actitudes, comportamientos y valores que los alejen del consumo de drogas. Los tratamientos incluyen terapias grupales e individuales, y la realización de quehaceres cotidianos (limpieza, cocina, jardinería, etc.), que en muchos casos son entendidos como parte del proceso terapéutico. A diferencia de la lógica manicomial, donde los internos pueden permanecer indefinidamente, los tratamientos en las comunidades terapéuticas tienen una duración prefijada, ya sea a partir de criterios temporales o bien del logro de ciertos objetivos por parte de las personas residentes (Comas Arnau, 2010). Las comunidades terapéuticas constituyen las instituciones de mayor tradición en la atención de usuarios de droga en la Argentina (Garbi, 2016). Los tratamientos ambulatorios y los hospitales de día no implican la residencia en el centro, sino la concurrencia en horarios prefijados a actividades pautadas por la institución (grupos terapéuticos, talleres de formación, terapia individual, entre otros). Mientras los tratamientos ambulatorios suelen demandar la dedicación de algunas horas semanales, los hospitales de día requieren la asistencia diaria y por un período extenso de tiempo al centro. Los programas hospitalarios de desintoxicación, por último, constituyen espacios de internación en hospitales generales o monovalentes, en los que se trabaja sobre el momento de crisis de consumo del paciente, pero no ofrecen un acompañamiento a largo plazo (Azparren, 2017).

En la mayoría de los casos, estos dispositivos trabajan desde el paradigma abstencionista, que exige la supresión del uso de drogas como condición de inicio para cualquier tratamiento. El abstencionismo fue prácticamente el único modelo de intervención sociosanitaria hasta fines del siglo XX, cuando surgieron algunas experiencias basadas en el modelo de reducción de daños.

El modelo de reducción de daños parte de reconocer la imposibilidad de evitar el uso de drogas y del derecho del sujeto a continuar con dicha práctica. Busca minimizar el daño que este consumo produce en la persona y/o en otros. La reducción de daños surge principalmente como una estrategia para prevenir la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en usuarios de drogas inyectables (Romaní, 2008; Menéndez, 2012), y promueve la adopción de prácticas de consumo seguras (mediante la provisión de jeringas esterilizadas, por ejemplo), y la sustitución de determinadas sustancias por otras menos nocivas para la salud.

En la Argentina, en los primeros años del siglo XXI, tanto desde dependencias estatales como desde la sociedad civil, se comenzaron a desarrollar respuestas alternativas al paradigma abstencionista, que priorizan los abordajes ambulatorios y localizados en territorios vulnerabilizados por sobre los tratamientos de internación. De esta manera, el paradigma prohibicionista-abstencionista, hegemónico durante el siglo XX, dio lugar a otros enfoques que entienden el abordaje del consumo de drogas como una cuestión de inclusión social (Cunial, 2014).

Este cambio de enfoque ha sido promovido también por algunos organismos y redes internacionales, como la Cicad; la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (Raiss); la Red Iberoamericana de ong que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD), que proponen lineamientos para el desarrollo de un modelo de abordaje comunitario de los consumos de drogas.

En el desarrollo de políticas públicas, se destacan:

- 1)** La sanción de la Ley N° 26.657 de Salud Mental promulgada el 2 de diciembre de 2010, que incluye las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental, y prioriza los abordajes ambulatorios respecto de los tratamientos de internación.
- 2)** La intervención en junio de 2013 de lo que fuera el Cenareso y su reemplazo por la denominación de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Laura Bonaparte”, con el objetivo de adecuar sus abordajes a la nueva Ley de Salud Mental.
- 3)** La decisión del gobierno nacional de circunscribir la actividad de la Sedronar a la prevención, capacitación y asistencia de adicciones, quitando de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico (Decreto N° 48/2014).
- 4)** La sanción de la Ley N° 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Iacop) en 2014, que prioriza los tratamientos ambulatorios y considera la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo.
- 5)** La modificación del nombre de la Sedronar, que pasó a llamarse Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, dando cuenta de su trabajo enfocado en la reducción de la demanda de drogas y no en la lucha contra su oferta.

En consonancia con este cambio de perspectiva, en el año 2014 comenzaron a desarrollarse desde la Sedronar nuevos dispositivos de abordaje de los consumos de drogas, que se localizan en territorios de alta vulnerabilidad social: los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA), las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y el Programa de Apoyo a la Integración Sociolaboral (PAIS). En el año 2016, estos dispositivos serán reconvertidos en Tratamiento Comunitario (DTC) y en Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT), sobre los que se profundiza en el capítulo 4.

Desde la sociedad civil, principalmente desde organizaciones sociales y religiosas, también se comenzaron a desarrollar nuevas respuestas localizadas en territorios de alta vulnerabilidad social y que realizan un abordaje comunitario de los consumos de drogas. Estas respuestas han sido reconocidas por la Sedronar como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), y definidas como:

[...] espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias (Sedronar, Resolución N° 266/2014, Anexo II: 1).

El modelo de abordaje comunitario toma en cuenta el contexto social, cultural y económico en el que se desarrolla la vida de las personas consumidoras de drogas y busca trabajar desde las redes que componen ese entramado social. En este enfoque, el territorio cotidiano de las personas con consumos problemáticos de drogas constituye el punto de partida para el trabajo comunitario (Camarotti, 2013). El modelo de abordaje comunitario se caracteriza por la promoción de la salud, la integralidad, la importancia asignada a la participación, el trabajo en redes, la autogestión y la sostenibilidad a largo plazo y la especial consideración hacia las personas en situación de vulnerabilidad social (Capriati; Camarotti; Di Leo; Wald y Kornblit, 2015).

Estas nuevas formas de abordar los consumos problemáticos de drogas se encuentran vinculadas con transformaciones sociales, económicas y territoriales ocurridas en las últimas décadas en la Argentina, cuestiones que se trabajan en el siguiente apartado.

1.7 RESPUESTAS COMUNITARIAS A LOS CONSUMOS DE DROGAS: UNA ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN

Los consumos de drogas constituyen prácticas sociales inmersas en un complejo entramado de relaciones sociales, políticas y económicas, situadas espaciotemporalmente. Por ello, tanto su análisis como el de las respuestas desarrolladas no pueden desconocer las transformaciones sociales, políticas, económicas y territoriales ocurridas en las últimas décadas en el país.

En la Argentina, durante la dictadura cívico-militar que comenzó con el golpe de Estado del 24 de marzo de 1976 se implementaron un conjunto de medidas de corte neoliberal que transformaron profundamente su estructura social. Hasta entonces, el país se caracterizaba por presentar altos niveles de integración social y bajos niveles de desigualdad, en comparación con sus países vecinos (Del Cueto y Luzzi, 2008). Sin embargo, la apertura económica, la desindustrialización, el crecimiento de las actividades financieras y el endeudamiento, sumados a una brutal represión de los sindicatos y las organizaciones sociales y políticas, generaron una redistribución del ingreso en favor de los poderes más concentrados de la economía, y en perjuicio de las y los asalariados.

Estas reformas estructurales iniciadas en la última dictadura militar fueron profundizadas en la década de 1990, durante la presidencia de Carlos Menem. En efecto, las políticas implementadas en estos años (desregulación y financierización de la economía, apertura comercial, desindustrialización, privatización de empresas públicas y de los fondos jubilatorios, endeudamiento, y descentralización administrativa, entre otras) dieron lugar a la conformación de una “sociedad excluyente” (Svampa, 2005).

A partir de esas reformas, y de la profundización de sus consecuencias en virtud de la crisis económica, social y política de 2001, se produjo una drástica redistribución del ingreso en detrimento de los asalariados y a favor de la concentración del capital (Del Cueto y Luzzi, 2008), un proceso de movilidad social descendente, intra e inter generacional (Torrado, 2010), un aumento exponencial de la desocupación y la pobreza (que, según el Indec, en 2002 alcanzaron el 21,5% y el 53%, respectivamente), y una mayor precarización e informalidad laboral.

Los cambios ocurridos en la estructura social argentina fueron analizados a partir de cuatro conceptos fundamentales (Pucciarelli, 1998): la *polarización social*, entendida como la profundización de los procesos de concentración de los ingresos, por un lado, y el desarrollo de un proceso de movilidad descendente, por el otro; la *segmentación social*, producto de la disminución de los espacios de interacción entre las distintas clases sociales; la *fragmentación social*, definida como la heterogeneización que se

produce en el proceso de disolución-transformación de las viejas clases sociales, que no deviene en la generación de otras identidades colectivas, sino en dispersión; y la *exclusión social*, entendida como distancia que se cristaliza, según la cual un amplio sector de la sociedad no tiene posibilidad alguna de obtener empleo remunerado en ningún sector de la economía.

A estas transformaciones sociales y económicas se sumaron modificaciones en las políticas sociales, donde se pasó de un sistema de protección social de carácter universal a la adopción de políticas focalizadas en los segmentos más pobres de la población. De esta forma, a fines de la década de 1990, existían en la Argentina más de sesenta programas nacionales focalizados en la asistencia de la pobreza (del Valle, 2008).

Algunas de estas tendencias fueron revertidas a partir de 2003, mediante la implementación de un conjunto de medidas económicas y sociales que produjeron un creciente proceso de ascenso social, y permitieron denominar la etapa como *posneoliberal* (Kessler, 2016). Entre estas medidas se destacan: la reestatización de algunas empresas (Correos Argentinos, Tandanor, YPF y Aerolíneas Argentinas, entre otras); las políticas de desendeudamiento externo; la regulación de las relaciones de trabajo (fijación periódica de aumentos salariales, negociaciones colectivas y aumento del empleo registrado); el aumento de las coberturas sociales (jubilaciones, pensiones y Asignación Universal por Hijo); y la reindustrialización de algunos sectores, entre otras. En un contexto de reactivación económica, se produjo una acentuada creación de puestos de trabajo, principalmente asalariados y en la industria manufacturera, lo que permitió revertir la tendencia a la desocupación de la década anterior (Benza, 2016).

La tendencia a la disminución de la desigualdad en el período iniciado en 2003 coexistió con la persistencia de situaciones de exclusión estructural, registradas no solo en el ámbito del trabajo, sino también en otras esferas como la educación, la salud, el acceso a la vivienda, a infraestructuras básicas, a la tierra y a la seguridad (Kessler, 2014).

La continuidad en el tiempo de grupos sociales excluidos en distintas esferas de la vida social y su concentración en territorios relegados no son un fenómeno exclusivo de nuestro país, sino que puede ser comprendido como parte de un proceso mayor que tiene lugar en las sociedades occidentales. Se trata de un creciente proceso de *desafiliación* de vastos sectores sociales que, al perder su condición de trabajadores asalariados, pasan a ocupar una posición de "supernumerarios" (Castel, 2004). Desde mediados de la década de 1970 las sociedades occidentales asisten a un nuevo ciclo histórico, caracterizado por un fuerte debilitamiento de la condición salarial y del andamiaje institucional propio del Estado de bienestar (principalmente en los países de Europa), que generan un creciente proceso de *desafiliación* de los sujetos respecto de estructuras dadoras de sentido, tal como supo ser el trabajo asalariado (Castel, 2004). Castel distingue así entre las *zonas de vulnerabilidad*, caracterizadas por la precarie-

dad laboral y la fragilidad de los soportes relacionales, y *las zonas de exclusión*, donde se encuentran los más desfavorecidos, quienes han perdido los lazos que los unían con la sociedad mayoritaria. Para el autor, las intervenciones públicas deben presentar estrategias distintas para cada una de esas zonas, y actuar principalmente sobre las zonas de vulnerabilidad. Como afirma Castel:

El tratamiento social de la exclusión no puede ser únicamente el tratamiento de los excluidos. La exclusión es lo que se encuentra al final de una cadena, lo que nos encontramos –y nos encontraremos cada vez más– en la exacta medida en que se renuncie a actuar río arriba, en sus fuentes de vulnerabilidad (Castel, 1995).

En la Argentina, los trabajos de Castel fueron retomados en distintos análisis e investigaciones acerca de las transformaciones ocurridas en los sectores populares en las últimas décadas.

El concepto de *inscripción territorial* ha resultado pregnante para dar cuenta de que, ante el debilitamiento de los lazos que brinda el mundo del trabajo y la desarticulación de las protecciones sociales, el territorio –el barrio– se convierte en el eje organizador de la vida de los sectores populares (Merklen, 2010). El barrio se configura como el espacio privilegiado para la acción colectiva y la movilización social; la implementación de las políticas sociales focalizadas y el desarrollo de una solidaridad de base territorial, que brinda a los sectores populares un lugar de refugio y de inscripción colectiva (Del Cueto y Luzzi, 2008). Este pasaje de la fábrica al barrio aumentó la vulnerabilidad social de los sectores populares, mediante su relegación en territorios segregados.

En el siglo XXI, las ciudades de América Latina expresan espacialmente los efectos de los profundos procesos de transformación económica y social ocurridos en las últimas décadas del siglo anterior, como consecuencia de la implementación de políticas neoliberales (Ziccardi, 2008). De esta forma, no solo se produce un aumento de la informalidad laboral y de la pobreza urbana, sino que se genera un proceso de acumulación de desventajas económicas y sociales que se concentran en algunos territorios (villas, asentamientos y barrios populares) y en determinados colectivos sociales (jóvenes pobres, mujeres jefas de hogar, adultos mayores, migrantes).

A estas transformaciones es necesario situar, hacia el año 2001, la aparición y extensión del consumo de la pasta base de cocaína, una sustancia altamente nociva para la salud, principalmente en barrios pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), (Touzé, 2006; Míguez, 2007; Epele, 2010; Camarotti y Güelman, 2013). La emergencia del uso de esa sustancia se encuentra vinculada con el acelerado deterioro de las condiciones de vida y con la devaluación del peso argentino respecto al dólar durante los meses del verano de 2001-2002, que generó un aumento considerable del

precio de la cocaína (Castilla y Lorenzo, 2012). Como afirman María Victoria Castilla, Celeste Olsen y María Epele:

La rápida expansión del consumo de pasta base/paco en poblaciones vulnerables del área metropolitana de Buenos Aires ha modificado no solo las prácticas de consumo de drogas en contextos de pobreza y marginación social sino también las dinámicas vinculares en estas poblaciones (2012: 19).

Estas poblaciones están expuestas a procesos macroestructurales y a condiciones de vida muy precarias signadas por diversos procesos que incluyen fragmentación social y espacial, criminalización y estigmatización, violación de los derechos básicos, deterioro de la salud, compulsión al consumo de ciertas sustancias accesibles *para pobres*, entre otros. Así, los padecimientos asociados tanto a estos procesos como a los consumos de sustancias y sus modos de regulación y/o asistencia, se materializan en *modos de tratar* (Epele, 2013) que generan entre otras cuestiones *encierros* y *aislamientos* muy diversos (subjetivos, territoriales, vinculares, estructurales, simbólicos) (Garbi, 2016).

En virtud de estas transformaciones sociales, económicas, territoriales y de las sustancias y pautas de consumo ocurridas en la Argentina en las últimas décadas, surge la necesidad de desarrollar políticas públicas en materia de drogas que puedan dar respuestas a estas nuevas problemáticas. En este sentido, a la tradicional respuesta terapéutica centrada en el individuo, deben sumarse dispositivos que puedan atender la dimensión social y territorial del consumo de drogas. Es decir, una problemática tan compleja requiere de una política pública que pueda atender la singularidad de cada territorio y desentrañar los modos locales de significados dados al consumo. Por ello, lejos de pensar en una estrategia unívoca y lineal, se requiere de múltiples respuestas que atiendan a la complejidad del escenario social en cuestión. Respuestas *comunitarias* que trabajen con y desde los territorios vulnerabilizados, que resulten *accesibles* para la población que reside en ellos, y que trabajen de manera *integral* en todas las dimensiones de la vida de los sujetos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azparren, A. L. (2017), *Respuestas a los consumos de drogas en contextos de exclusión social. El Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de maestría no publicada). Los Polvorines, UNGS.
- Bauman, S. (2007), *Vida de consumo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Benza, G. (2016), "La estructura de clases argentina durante la década 2003-2013", en Gabriel Kessler (comp.), *La sociedad argentina hoy. Radiografía de una nueva estructura*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Camarotti, A. (2010), "Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires" Tesis doctoral no publicada. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Camarotti A. (2013), *Lineamientos Hemisféricos de la Cicad para la construcción de un modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas*. XIV Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Washington, Cicad/OEA.
- Camarotti, A. y Güelman, M. (2017), "Historia de los tratamientos para los consumos de drogas", en Camarotti, A. C.; Jones, D. y Di Leo, P. F. (dir.), *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires, Teseo.
- Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015), "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo", en *Salud Colectiva* N° 11, abril-junio. Buenos Aires. ISSN 1669-2381, EISSN 1851-8256.
- Capriati, A.; Camarotti, A.; Di Leo, P.; Wald, G. y Kornblit A. (2015), "La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar" en *Revista Argentina de Salud Pública* Vol. 6., N° 22, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Castel, R. (1995), "De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso", en *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura* N° 21.
- Castel, R. (2004), *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós.
- Castel, R. y Coppel, A. (2004), "Los controles de la toxicomanía", en Ehrenberg, A. (comp.), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Castilla, M. y Lorenzo, G. (2012), "Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires", en *Cuadernos de Antropología Social* N° 36, 69-89. Buenos Aires, FFyL, UBA.

Castilla, M.; Olsen, M. y Epele, M. (2012), "Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires", en *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* N° 14, 209-229.

CELS (2015), "El impacto de las políticas de drogas en los derechos humanos. La experiencia del continente americano". Disponible en: http://cels.org.ar/common/documentos/Drogas_web.pdf

Comas-Arnau, D. (2010), *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid, Fundación Atenea Grupo GID.

Conrad, P. & Schneider, J. (1985), *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Columbus, Ohio, Merrill Publishing Company.

Cordeiro, R.; Galante, A. y Rossi, D. (2014), *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De "delincuentes-enfermos" a sujetos de derechos*. Buenos Aires, Intercambios-Universidad de Buenos Aires.

Cunial, S. (2014), *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. (Tesis de maestría no publicada). Buenos Aires, UTDT.

Del Cueto, C. y Luzzi, M. (2008), *Rompecabezas: transformaciones en la estructura social argentina: 1983-2008*. Los Polvorines, UNGS.

Foucault, M. (1976), *Historia de la sexualidad I. La voluntad del saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2002.

Garbi, S. (2016), *De aislamientos y encierros. Modos "legos" y "expertos" de tratar los consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. (Tesis de doctorado no publicada). Buenos Aires, UBA.

Illich, I. (1975), *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, Barral Editores.

Iriart, C. (2008), "Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias", en *Revista Ciência & Saúde Coletiva* Vol. 13, N° 5, 2008, págs. 1619-1626. Río de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Kessler, G. (2014), *Controversias sobre la desigualdad. Argentina 2003-2013*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Kessler, G. (2016), *La sociedad argentina hoy. Radiografía de una nueva estructura*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Levin, L. (2013), "Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005", en *Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 5 (1), 1-48.

Menéndez, E. (1988), "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria", en *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Págs. 451-464.

Menéndez, E. (2012), "Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos", en *Revista Salud Colectiva*, 8 (1), 9-24. Buenos Aires, UNLa.

Merklen, D. (2010), *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina 1983-2003)*. Buenos Aires, Gorla.

Míguez, H. A. (2007), El uso de paco y la segunda exclusión. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 53(1), 18-22.

OAD (2017a), *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires, Sedronar.

OAD (2017b), *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Principales resultados sobre la población femenina*. Buenos Aires, Sedronar.

ONU, *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

Pucciarelli, A. (1998), "¿Crisis o decadencia?: hipótesis sobre el significado de algunas transformaciones recientes de la sociedad argentina" en *Revista Sociedad* No 13. Buenos Aires, FCS, UBA.

Renoldi, B. (1998). "Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico", en Renoldi, B., *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. (Tesis de licenciatura no publicada). Buenos Aires, FFYL, UBA.

Rodríguez, A. (2009), "Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos", en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* N° 37, 317-327. San Salvador de Jujuy, UNJ.

Romaní, O. (2008), "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño", en *Salud Colectiva* 4 (3), 301-318

Sfez L. (2008), *La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía*. Buenos Aires, Prometeo.

Stolkiner, A.; Vázquez, A. y Quercetti, F. (2016), "Medicalización y consumos ¿problemáticos?", en *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.

Svampa, M. (2005), *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires, Taurus.

Torrado, S. (2010), *El costo social del ajuste (Argentina, 1976-2002)*. Buenos Aires, Edhasa.

Touzé, G. (2006), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 47-76). Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Ungass, 2016, *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas*. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

Ziccardi, A. (2008). "Pobreza y exclusión social en las sociedades del siglo XXI", en Alicia Ziccardi (comp.), *Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión social. Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo XXI*. Bogotá, Siglo del Hombre Editores.

NORMATIVA

Boletín Oficial 11/10/1989, Ley N° 23.737, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).

Boletín Oficial 08/03/1995, Ley N° 24.455, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las obras sociales de prestar tratamientos para la drogadependencia).

Boletín Oficial 02/01/1997, Ley N° 24.754, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las empresas o entidades de medicina prepaga de cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales, incluidos los tratamientos para la drogadependencia).

Boletín Oficial 03/12/2010, Ley N° 26.657, Buenos Aires, Argentina (Salud Mental).

Boletín Oficial, 15/01/2014, Decreto N° 48 (Circunscripción de la actividad de la Sedronar a la prevención, capacitación y asistencia de adicciones, quitando de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico).

Boletín Oficial 29/05/2014, Ley N° 26.934, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).

“Pobreza y exclusión social en las sociedades del siglo XXI”,

2

MARCO NORMATIVO

PALABRAS CLAVES

historia de la sedronar
marco normativo de los consumos de drogas
abordaje territorial salud mental
consumos problemáticos de drogas
paradigma de derechos humanos

Este capítulo presenta el marco normativo que guía la intervención territorial de la Sedronar en todo el país. En primer lugar, se describe el surgimiento y los cambios producidos en la Sedronar, principal organismo encargado de diseñar las estrategias de abordaje de los consumos de drogas en la Argentina. A continuación, se presentan las legislaciones vigentes en la materia en el plano internacional y regional. Por último, se analiza el marco normativo nacional, con particular consideración de la Ley N° 26.657/2010 de Salud Mental y de la Ley N° 26.934/2014 Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Iacop), que constituyen el marco normativo para el abordaje territorial de los consumos de drogas.

2.1 | LA SECRETARÍA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS

La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas fue creada mediante el Decreto N° 33/2017 modificatorio del Decreto N° 271/1989 de creación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar). En los Considerandos del Decreto N° 33/2017 se establece que, en su nombre corto, la institución mantendrá “el acrónimo *Sedronar* por gozar de una profunda raigambre en el uso social de nuestro país y de reconocimiento internacional”, aunque la institución ya no mantenga bajo su competencia la programación y la implementación de políticas de Estado referidas a la lucha contra el narcotráfico, es decir, lo que el Decreto N° 271/1989 establecía como “oferta de estupefacientes (planificar actividades de registro, análisis técnico y control de uso de precursores químicos)”.

En los últimos treinta años, a medida que se suscitaban transformaciones sociales en el ámbito internacional, se desarrollaron avances institucionales relacionados con la necesidad de separar las competencias penales de las sanitarias. Esta perspectiva permitió diferenciar las cuestiones vinculadas al narcotráfico de las relativas al consumo de drogas.

Como resultado de estos avances, comenzaron a aprobarse en el Congreso de la Nación Argentina distintas normas, así como otras medidas arbitradas por el Poder Ejecutivo Nacional (PEN). Específicamente, el Decreto N° 48/2014 permitió separar el paradigma represivo-penal del paradigma sanitario. Así, la Sedronar conservó la competencia sanitaria mientras que la represiva se colocó bajo la órbita del Ministerio de Seguridad de la Nación. En 2016, en la misma línea, los decretos N° 15 y N° 342/2016 transfirieron al Ministerio de Seguridad de la Nación las competencias sobre el control y registro de precursores químicos, es decir, de sustancias o productos químicos que, por sus características o componentes, puedan servir de base o ser utilizados en la elaboración de estupefacientes.

Como consecuencia, las competencias de la Sedronar quedaron circunscriptas a coordinar políticas nacionales de reducción de la demanda de drogas. Como órgano especializado en el abordaje integral del consumo problemático, busca asegurar la presencia del Estado, fundamentalmente en las regiones más vulnerables de la Argentina, de modo de garantizar el desarrollo y la articulación de redes preventivas y de tratamiento de carácter integral, y articuladas entre los gobiernos municipales, provinciales y nacional.

En 2014, con el propósito de avanzar en líneas de acción para reducir la demanda de drogas, se aprobó el Convenio Marco para implementar el Programa Abordaje Integral

de las Adicciones con eje en las problemáticas de los consumos y las adicciones “Recuperar Inclusión”, que tuvo como propósito generar mecanismos y dispositivos para la prevención, atención e inclusión social de las personas que atraviesan situaciones de padecimiento mental o adicciones mediante un abordaje integral que contemplara y consolidara los núcleos de prevención, capacitación y asistencia de las adicciones en todo el territorio nacional. A su vez, mediante la Resolución N° 172/2014 se creó el Programa Nacional de Abordaje Integral para la Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones, que estableció la promoción de acciones –de carácter transversal– de prevención, capacitación y asistencia en adicciones, dirigidas a las personas que padecieran la problemática del consumo de drogas y alcohol a fin de acompañarlos en la búsqueda, construcción y fortalecimiento de un proyecto de vida socialmente inclusivo.

Por otro lado, con enfoque en la intervención comunitaria, mediante la Resolución N° 266/2014 se aprobó el Programa de Subsidios a Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, que promueve el desarrollo de “espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad” para la asistencia e inclusión de las personas con consumo problemático de sustancias o en riesgo de padecerlo.

Ese mismo año, por primera vez, la Sedronar implementó dispositivos propios de abordaje territorial de los consumos de drogas, construidos a partir de un Acuerdo de Cooperación con el entonces Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios (Resolución N° 550/2014): las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA). Los CEPLA tuvieron como objetivo principal realizar tareas de prevención de los consumos de drogas, a partir de la promoción de actividades sociales y culturales, y las CET constituyeron centros asistenciales para personas que presentaran consumos problemáticos de drogas. La Resolución N° 204/2015 creó el Programa de Apoyo a la Integración Sociolaboral (PAIS), con el objetivo principal el acompañamiento en la construcción de un proyecto de vida basado en la salud, el trabajo, la educación y la recreación.

Además, mediante la Resolución N° 352/2015, se crearon también los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), dispositivos de abordaje territorial de los consumos de drogas, que propiciaban la participación de referentes locales.

A partir de 2015, se profundizaron estas acciones. Así, las CET, los CEPLA y el PAIS fueron reconvertidos en Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT), con el objetivo de unificar las tareas de prevención y asistencia en correspondencia con el marco previamente mencionado. Los DIAT fueron definidos como “centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio, cuya gestión se encuentra compartida entre la Sedronar y provincias, municipios, organizaciones no gubernamentales o asociaciones civiles (Resolución N° 150-E/2017), en tanto que los PEC fueron transfor-

mados en Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC), orientados hacia personas y comunidades en situación de vulnerabilidad social frente a situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, adaptándose a las características y necesidades de la localidad en la que se ubiquen.

En 2017, mediante el Decreto N° 33, se creó la Subsecretaría de Abordaje Integral, que asiste al secretario en la elaboración de políticas nacionales y planificación de estrategias de desarrollo y abordaje territorial; realiza seguimiento y control de avance de los convenios nacionales suscriptos por la Secretaría; coordina actividades a nivel nacional, provincial y municipal, gubernamental y no gubernamental, en el ámbito de su competencia y diseña e implementa la estrategia integral de abordaje territorial de la Sedronar.

La Dirección de Abordaje Estratégico, que depende organizativamente de esta Subsecretaría, se ocupa de la coordinación del trabajo de los distintos dispositivos de abordaje territorial distribuidos en todo el país, así como la elaboración de lineamientos generales para el abordaje territorial de los consumos de drogas.

2.2 MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Los compromisos internacionales asumidos por la Argentina relativos a las políticas de drogas derivan principalmente de los documentos consensuados en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), tanto tratados internacionales como declaraciones políticas y planes de acción. Entre ellos se destacan los siguientes instrumentos que constituyen el marco jurídico internacional de fiscalización de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

- La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes.
- El Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971.
- La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y de Sustancias Sicotrópicas de 1988.

Las convenciones internacionales tienen como objetivo limitar el uso de estupefacientes y sustancias psicotrópicas a fines médicos y científicos. Para ello establecen regulaciones específicas para diversas actividades, tales como el cultivo, la producción, la fabricación, la extracción, la distribución, la venta, la importación y la exportación de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y precursores químicos. Cada convención determina las sustancias que deben fiscalizarse y el nivel de control que cada una de ellas debe tener, por medio de un sistema de

listas de denominación de las sustancias. A su vez, se acuerdan los mecanismos de fiscalización y de tipificación de esas actividades como delito penal cuando sean contrarias a lo dispuesto por estas convenciones.

Por otra parte, el marco normativo que regula la política pública nacional en materia de drogas responde a las recomendaciones de los numerosos informes de los organismos internacionales –como la primera Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ungass) sobre el problema mundial de las drogas o la Organización Panamericana de la Salud (OPS)– que sugieren contar con políticas nacionales que incluyan, entre otros aspectos:

- Crear un programa nacional de atención integral para usuarios de drogas.
- Priorizar los tratamientos ambulatorios y los distintos dispositivos alternativos a la internación.
- Asegurar que los dispositivos de atención a usuarios de drogas estén basados en fundamentos científicos y ajustados a principios éticos.
- Incluir las estrategias de reducción de daños en las políticas de atención integral a usuarias y usuarios de drogas.
- Respetar el derecho de toda persona que consume drogas a elegir el momento y el tipo de dispositivo de atención.
- Fortalecer los mecanismos de control estatal de los servicios destinados a usuarias y usuarios de drogas.

Asimismo, la política pública nacional se sustenta en el marco normativo internacional de los derechos humanos, que aporta los principios obligatorios para la adecuación del derecho interno de cada país.

Uno de ellos es la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) que obliga a los países que la ratificaron a adecuar sus marcos normativos para la plena protección y satisfacción de todos los derechos de las infancias. Esta Convención consagró la prevalencia de la doctrina de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, considerados como sujetos de derechos. A partir de ese reconocimiento, la CDN marcó un grado de avance superior de la concepción que estaba vigente hasta ese momento –que concebía a los niños, las niñas y los adolescentes como objetos o personas definidas de manera negativa, es decir, por lo que no son, no tienen o no son capaces, lo que justificaba la tutela–, hacia la consideración de estos en tanto sujetos de derechos que gozan de un plus de protección, por su condición de niños y personas en crecimiento. Esa noción sobre la niñez impacta directamente en los sentidos que las leyes y las políticas públicas deben promover en la sociedad, a la vez que se constituye en uno de los criterios que rigen la construcción de prácticas

acordes por parte de los dispositivos de abordaje territorial. Este enfoque se evidencia, por ejemplo, en el derecho a ser oídos en cualquier acompañamiento del adulto o políticas públicas, considerando la autonomía progresiva como horizonte en la capacidad de decidir y ofreciendo la protección especial por estar en crecimiento.

En el mismo sentido, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) supuso un cambio de paradigma respecto del abordaje de los padecimientos de salud mental. La CDPD considera a las personas con padecimiento como sujetos de derechos, es decir, que se les reconoce el derecho a tener acceso y participación en las decisiones de terceros o propias que influyen en su vida, y considera que el padecimiento obedece a múltiples factores (sociales, económicos, históricos, culturales, biológicos, psicológicos). En consecuencia, para los Estados ratificantes de la CDPD, como la Argentina, ese reconocimiento ha marcado un punto de inflexión que ha demandado adaptar la legislación interna a los principios y valores del sistema de protección de derechos humanos que la inspiran y a adecuar, en igual sentido, los tratamientos de los padecimientos de salud mental.

2.3 | MARCO NORMATIVO NACIONAL

De acuerdo con la normativa internacional descripta, se promulgaron en la Argentina dos leyes que marcaron la política pública en torno a la protección de derechos, y el abordaje en materia de los consumos problemáticos, en particular, y de salud mental, en general. La Ley N° 26.061/2005 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley N° 26.657/2010 de Salud Mental. Asimismo, en el marco del Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015, se sancionó la Ley N° 26.934/2014 de creación del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Iacop).

Otra de las leyes transversales a todas las intervenciones de las políticas públicas es la Ley N° 26.485/2009 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en los que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Los abordajes en materia de drogas deben necesariamente adoptar un posicionamiento en la perspectiva de género y sus desarrollos han de estar encuadrados en el marco normativo.

Dado que los contenidos y la filosofía que emerge de la legislación vigente revisten una relevancia central en las prácticas que se realizan en los abordajes territoriales de los consumos problemáticos de drogas en la Argentina, se desarrollan a continuación los lineamientos principales de las leyes de referencia en la materia.

LEY N° 26.657 DE SALUD MENTAL

La Ley N° 26.657/2010 de Salud Mental regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento en su salud/salud mental.¹

Según la sanción de la Ley y su posterior reglamentación, así como la mención de sus principales fundamentos en el Código Civil y Comercial de la Nación, constituyó un punto de inflexión que posibilitó implementar una política pública en el campo de la salud mental, sobre la base de un enfoque transversal de derechos humanos que encuentra sus fundamentos en los estándares internacionales en materia de salud mental (Cohen y Lorenzo, 2017).

El artículo 4 de la Ley incluye los consumos problemáticos como parte de las intervenciones en materia de salud mental al exponer: “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”. Lo mismo instituyó un cambio paradigmático que se plasmó en materia legislativa y en decisiones políticas que llevó a revisar las intervenciones profesionales para lograr para generar prácticas inclusivas enmarcadas en la perspectiva de derechos humanos. En consecuencia, se generaron diversos desplazamientos en relación con el modelo médico hegemónico de la salud.

A. DE LA INCAPACIDAD A LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

Se reconoce la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental, en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. La capacidad es el principio, y su restricción la excepción. A partir de ese reconocimiento, esta ley pone fin a la asimilación entre trastornos mentales e incapacidad, reconociendo la autonomía del sujeto, y promueve la capacidad de derecho y la capacidad de ejercicio de las personas con padecimiento mental.

B. DEL AISLAMIENTO A LA INTEGRACIÓN COMUNITARIA

La ley rompe con la lógica manicomial² que ha abonado por años prácticas y respuestas alienantes para las personas con padecimientos en su salud mental, perpetuando el estigma y la exclusión de estos grupos poblacionales. Establece como prioritario el abordaje centrado en la comunidad, para lo cual promueve el acceso a diversos apoyos sociales para las personas que sufren padecimientos en su salud mental y la necesidad de que las políticas públicas destinadas a la población fortalezcan los lazos afectivos en las propias comunidades de las personas usuarias del sistema.

1 Para el análisis de los aspectos relevantes de la Ley de Salud Mental respecto del abordaje de los consumos problemáticos se consultó el Marco Normativo del Seminario de Formación sobre Estrategias de Abordaje Territorial, cuyas autoras son Florencia Cohen y Diana Lorenzo (texto sin publicación).

2 Por lógica *manicomial* se entiende la posición desde la que se plantean las prácticas, las cuales responden a factores que exceden el encierro concreto. La Ley de Salud Mental vigente sugiere que la internación sea el último recurso, lo que significa que la considera, a la vez, un recurso posible, concebido en un marco de estrategias integrales que determinan su constitución como un momento más de un proceso tendiente a la inclusión comunitaria como dirección para el alivio del padecimiento.

C. DEL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO AL ABORDAJE INTEGRAL E INTERDISCIPLINARIO

La ley define la problemática de salud mental desde un enfoque complejo, lo que implica el reconocimiento de su constitución sociohistórica y la convergencia de distintos actores, capitales, intereses y representaciones en su constitución. Entender la salud mental desde esta complejidad implica generar estrategias de abordaje integrales y basadas en la protección de derechos. En este sentido, se abandona la supremacía de las disciplinas hegemónicas en la dirección de los tratamientos para dar paso a metodologías de intervención y acompañamiento basadas en la interdisciplina y la intersectorialidad, en las cuales se corresponsabilizan a todos los integrantes del equipo de salud respecto de las decisiones terapéuticas, involucrando a otros actores de la comunidad y áreas del Estado que trascienden el ámbito de salud. En este sentido, se propone la participación activa de todas las áreas involucradas en la temática, como las relacionadas con vivienda, la educación, la familia, el empleo, el desarrollo social, a fin de garantizar un abordaje que se oriente al fortalecimiento, restitución o/y promoción de lazos sociales.

D. DEL PELIGRO AL RIESGO

Este desplazamiento semántico implica un cambio respecto de la concepción del sujeto, es decir, en relación con las representaciones sociales imperantes en la definición de las personas con padecimiento en su salud mental. Al respecto Cohen y Lorenzo (2017) refieren:

Mientras que el *peligro* es un atributo o cualidad de la persona que lo ostenta –por lo tanto, inmodificable– el *riesgo* refiere a una conjunción de circunstancias plausibles de variabilidad, por lo que se establece una vía posible de intervención. El peligro se define desde una posición individualizante y unívoca, por lo tanto, la identidad del sujeto queda ligada a su trastorno o sufrimiento. El riesgo, por el contrario, contempla la relación dialéctica entre sujeto y entorno, entre particularidades y determinantes universales y de este modo se da primacía a la singularidad en la constitución subjetiva de las personas con padecimiento mental.

Esto impacta directamente en las prácticas en materia de salud/salud mental, introduce la noción de temporalidad. El riesgo denota la posición de sufrimiento de las personas con padecimiento mental, ya no se constituye como un peligro para los otros, sino que se ubica el lugar de sujeto expuesto a riesgos y daños de su integridad física y psíquica. De este modo, los abordajes ya no sostienen prácticas de encierro del *peligroso*, sino de cuidado del sujeto y su entorno, realizando intervenciones en su propio territorio, su comunidad.

E. DEL ÁMBITO PENAL AL DE LA SALUD

La ley incluye la problemática de las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental, lo que promueve el acceso al sistema de salud de las personas

con consumos problemáticos de sustancias, como una herramienta restitutiva de derechos. El abordaje punitivo, interpretado desde el ámbito penal, homologaba al adicto con un trasgresor de la ley. Además, basado en el criterio de legalidad, reducía las adicciones al consumo de sustancias ilícitas. El abordaje sanitario, en contraposición, corre el eje de la *sustancia* a la *persona* en su singularidad, lo que implica reflexionar acerca del vínculo problemático que el sujeto tiene con el objeto, cualquiera fuera el objeto de consumo, así como comprender su padecimiento como parte de una problemática que es competencia del área de salud y por lo tanto debe darle un tratamiento adecuado.

F. DEL ABSTENCIONISMO A LA REDUCCIÓN DE RIESGO Y DAÑO

La reducción de riesgos y daños implica una forma de intervención que asume la complejidad de la problemática y la singularidad de cada sujeto, y que respeta la decisión individual respecto de la modalidad de tratamiento más acorde a las posibilidades. Por lo tanto, este modelo es superador de los tratamientos idénticos y homogéneos; no busca exclusivamente como resultado la abstinencia, sino que se establecen objetivos alternativos que contemplan la adopción de prácticas menos dañinas y de autocuidado, la accesibilidad a la información y la equidad en la atención, la valoración de los vínculos solidarios y de la participación en los procesos de toma de decisiones. Es una apuesta a deconstruir prácticas moralizantes orientado en la abstinencia como eje del tratamiento, negando la lógica de la sociedad de consumo e interviniendo en la capacidad de decisión de las y los usuaria/os de sustancias.

LEY N° 26.934 PLAN INTEGRAL DE ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Los objetivos del Plan Iacop son: “a) prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado; b) asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático; c) integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.” (Ley N° 26.934/2014, artículo 3).

Esos objetivos se realizan mediante la creación de centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos. Estos centros tienen como propósito “promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad”. (Ley N° 26.934/2014, artículo 5).

Uno de los aportes primordiales que introduce el Plan Iacop es la concepción que realiza de los *consumos problemáticos*, que constituye una figura armónica con las ideas rectoras de la Ley N° 26.657/2010. En el artículo 2 de la ley que organiza el Plan Iacop se entienden los consumos problemáticos como:

Aquellos consumos que –mediando o sin mediar sustancia alguna– afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud.

Por otro lado, la Ley N° 26.994/2014 Código Civil y Comercial de la Nación –que entró en vigencia el 1 de agosto de 2015– modificó el criterio para indicar la internación de una persona que padece una adicción o una alteración mental. Actualmente, se considera que la internación es el recurso terapéutico más restrictivo de la libertad y debe realizarse por el menor tiempo posible, ante la existencia de riesgo cierto e inminente de un daño de entidad para la persona protegida o para terceros. En este sentido, se priorizan los abordajes que permitan al sujeto permanecer en el ámbito social y cultural con miras a contribuir al ejercicio de su autonomía progresiva.

En este sentido y, como se anticipó previamente, atender al riesgo involucra prácticas de cuidado de la persona con padecimiento mental y de su comunidad, apelando a la no culpabilización de los actos, y a la inclusión como condición de posibilidad para el alivio del sufrimiento. Las intervenciones se orientan entonces en las dos líneas, al sujeto que padece singularmente y a la comunidad favoreciendo la capacidad de alojar el sufrimiento.

Cabe remarcar, entonces, los siguientes principios transversales de la legislación nacional que configuran la intervención en materia de consumos problemáticos de sustancias y que responden al reconocimiento y la ampliación de derechos acordes a los instrumentos internacionales.

- ➔ El interés superior del niño, niña y/o adolescente.
- ➔ El derecho a ser oído.
- ➔ El acompañamiento hacia una autonomía progresiva.
- ➔ La intervención de un equipo interdisciplinario, interactoral e intersectorial.
- ➔ Que el sujeto sea parte y pueda aportar todas las pruebas que hacen a su defensa.
- ➔ El principio de corresponsabilidad de las instituciones y organismos intervinientes.
- ➔ La importancia de los abordajes comunitarios y la internación como último recurso.

LEY NACIONAL Nº 23.737



PROBLEMA A ATENDER
Ideal tratamiento

↓
"Lo bueno"

LEY NACIONAL Nº 26.657



PROBLEMA A ENTENDER PARA LUEGO ATENDER

↓
Abordaje posible

PENALIZACIÓN

Tenencia
Consumo
Tráfico
Cultivo

PADECIMIENTO SALUD MENTAL

Consumo Problemático

LEY NACIONAL Nº 26.934 – PLAN IACOP

FOCO EN CONSUMO PROBLEMÁTICO

Apunta a la descriminalización de los consumos

DEFINE CONSUMO PROBLEMÁTICO

Consumo mediado o sin mediar sustancia
—
afecta salud integral
—
sujeto y sus relaciones sociales

DETERMINA OBJETIVOS DE ABORDAJE

Prevención
—
Asistencia integral
—
Amparo de DD

MODELO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

En el derecho penal existen regulaciones que afectan la intervención en materia de drogas. La más importante es la Ley N° 23.737/1989 de Estupefacientes, modificatoria del Código Penal, que penaliza tanto el tráfico de estupefacientes como la tenencia para uso personal. En este último caso, incluye la posibilidad de desviar el proceso hacia una “medida de seguridad curativa” que consiste en un tratamiento de “rehabilitación”, en caso de que judicialmente se considere a la persona como “dependiente” del uso de drogas; o hacia una “medida de seguridad educativa”, si se la considera “principiante o experimentador” en su uso. Es un programa de tres meses de duración cuya finalidad es educar al “experimentador” acerca del “comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes”.

Por su enfoque punitivo, particularmente en lo que respecta a la tenencia de estupefacientes para consumo personal, la Ley N° 23.737 es sometida a diversas críticas. Un ejemplo lo constituye el fallo “Arriola, Sebastián” dictado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación el 25 de agosto de 2009, “que fijó los principios fundamentales a los que debe someterse la política criminal en la persecución del tráfico de drogas en un Estado de derecho democrático” (Cohen y Lorenzo, 2017). En sus fundamentos, la Corte estableció que el consumo de estupefacientes en el ámbito privado sin ostentación a terceros está protegido por el artículo 19 de la Constitución nacional. Si bien la Ley N° 23.737 no ha sido derogada, es decir que goza de plena vigencia, se sucedieron distintos actos en el ámbito jurídico y legislativo que demuestran la implementación de alternativas centradas en un marco de protección de derechos. Por ejemplo, la sanción de la Ley N° 27.350 Investigación Médica y Científica de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados autoriza la importación de aceite de cannabis para pacientes que por su patología lo requieran. Así, esta ley se aleja de la lógica prohibicionista y prioriza al sujeto y su singularidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DOCUMENTOS DE MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

ONU, *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y de Sustancias Sicotrópicas de 1988*.

Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf

ONU, *Convención sobre los Derechos del Niño*. Disponible en:

<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

ONU, *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

ONU, *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes*.

ONU, *Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971*.

Disponible en: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf

DOCUMENTOS DE MARCO NORMATIVO REGIONAL

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (Cicad), Comisión de Seguridad Hemisférica (OEA), *Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2011-2015. Proyecto de Resolución*. oea, Paramaribo, Surinam, 17/05/11. Disponible en:

http://scm.oas.org/doc_public/SPANISH/HIST_11/CP26462S04.doc

NORMATIVA NACIONAL

Boletín Oficial 11/10/1989, Ley N° 23.737, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).

Boletín Oficial 3/1/95, Ley N° 24.430, Buenos Aires, Argentina (artículo 19 de la Constitución de la Nación Argentina).

Boletín Oficial 26/10/2005, Ley N° 26.061, Buenos Aires, Argentina (Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes).

Boletín Oficial 20/7/2010, Ley N° 26.485, Buenos Aires, Argentina (Protección Integral a las Mujeres).

Boletín Oficial 3/12/2010, Ley N° 26.657, Buenos Aires, Argentina (Salud Mental).

Boletín Oficial 29/5/2014, Ley N° 26.934, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).

Boletín Oficial 8/10/2014, Ley N° 26.994, Buenos Aires, Argentina (Código Civil y Comercial de la Nación).

Boletín Oficial 15/02/2016, Decreto N° 342/2016, Buenos Aires, Argentina (Competencia del Ministerio de Seguridad en materia de Registro de Precursores Químicos).

Boletín Oficial 29/3/2017, Ley N° 27.350, Buenos Aires, Argentina (Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus derivados).

JURISPRUDENCIA NACIONAL

Corte Suprema de Justicia de la Nación, 25/08/2009, Fallo “Arriola, Sebastián”, Buenos Aires, Argentina.

FUENTES CONSULTADAS

Cohen, F. y Lorenzo, D., “Marco Normativo” en *Seminario de Formación sobre Estrategias de Abordaje Territorial*. Buenos Aires, Sedronar, 2017 (documento inédito).

3

ANTECEDENTES DE ABORDAJE TERRITORIAL Y PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA ARGENTINA

En este capítulo se desarrollan los principales antecedentes del abordaje territorial e integral que realiza la Sedronar y se analizan las primeras experiencias de abordaje comunitario de los consumos de drogas en la Argentina. Para ello, el capítulo está organizado en dos grandes apartados. En el primero, se presentan los antecedentes del abordaje territorial, a partir de la reconstrucción de las principales corrientes de pensamiento e intervención en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular. En el segundo, se analizan las primeras experiencias de abordaje comunitario desarrolladas en la Argentina, tanto por organizaciones de la sociedad civil como por organismos estatales, dentro de los cuales se encuentra la Sedronar.

PALABRAS CLAVES

abordaje integral territorial
abordaje comunitario
antecedentes y corrientes de pensamiento
campo de la salud y de la salud mental
experiencias de la sociedad civil
experiencias de organismos estatales

3.1 ANTECEDENTES DEL ABORDAJE TERRITORIAL E INTEGRAL

Los antecedentes del abordaje territorial e integral que realiza actualmente la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) de la Sedronar pueden rastrearse en distintas corrientes de pensamiento e intervención tanto en el campo de la salud en general, como en el de la salud mental en particular. Es por ello que, en este apartado, se incluyen antecedentes pertenecientes a ambos campos en los planos mundial, regional y nacional.

3.1.1 CONTEXTO MUNDIAL

Situar el origen de los abordajes comunitarios implica hacer referencia a diversas experiencias que fueron gestándose en el campo de la salud mental. Para dar cuenta de ellas, es importante mencionar los modos como se ha ido concibiendo a la *locura* y los tratamientos dados en consecuencia. En este sentido, resultan centrales los aportes teóricos elaborados principalmente por Michel Foucault, Ervin Goffman y Thomas Szasz, entre otros autores.

Los aspectos críticos y discursivos respecto de la locura surgieron a mediados del siglo xx, fundamentalmente a partir de 1961, cuando se editaron, casi en simultáneo, obras como *Historia de la locura en la Época Clásica*, de Michel Foucault; *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, de Erving Goffman, y *El mito de la enfermedad mental*, de Thomas Szasz.

En *Historia de la locura en la Época Clásica*, Foucault analiza distintos hitos históricos mediante los cuales da cuenta de las construcciones sociales sobre la locura y las formas de intervención que fueron desarrollándose en el transcurso de la historia.

Uno de los hitos más importantes en el tratamiento de la locura es El Gran Encierro del siglo xvii. A partir del análisis de ese evento, se advierte cómo a partir de la creación del Hospital General de París, en 1656, la práctica del encierro se generalizó, animada no por criterios médicos o de curación, sino por la moral burguesa, que condenaba la ociosidad. La locura, pero también los enfermos, los ancianos, los criminales, los pobres, los viciosos, herejes, rebeldes y libertinos fueron confinados al encierro, un encierro que respondía a un imperativo de orden burgués. En tanto era percibida en relación con la pobreza, la incapacidad para trabajar, la falta de valores éticos, la locura debía ser reclusa. En consecuencia, para todos aquellos que no se encuadraban bajo el imperativo moral y racional de la época, la razón y la moral constituían el fundamento de su exclusión y su encierro (Foucault, 1996).

El trabajo de Foucault dejó al descubierto cómo el criterio de productividad desaparecía en el transcurso del siglo xvii, en la medida en que emergía el carácter represivo de esas instituciones de encierro: la moral era administrada, como en otros sitios lo era el comercio o la economía. La locura y el loco comenzaron a ser pensados como construcciones intelectuales que expresaban una relación de poder aplicada a un espacio –el espacio asilar–, al tiempo que justificaban su existencia. La creación de estos espacios generó procesos de exclusión social de quienes eran considerados *marginados*: los locos, los enfermos, los ancianos, los pobres, los criminales, entre otros (Foucault, 1996).

La Liberación de los Insensatos de sus Cadenas llevada a cabo por Philippe Pinel, médico jefe del Hospital Bicêtre, ubicado en los suburbios de París, hacia finales del siglo xviii es otro hito analizado por Foucault que abre simbólicamente un nuevo período para el tratamiento de la locura.

Por un lado, ese gesto de liberar las cadenas de los internados marca un cambio radical en la percepción de aquellas personas que, para la época, eran consideradas *locas*. Para Pinel, subsistía siempre una parte de razón en el loco, incluso en el más alienado de los insensatos, y era a esa razón a la que había que dirigir la atención para la cura mediante lo que él llamaba “tratamiento moral” de los asilados. De este modo, la locura comenzó a transformarse en una enfermedad necesaria de confiar a los médicos (Foucault, 1996).

Si bien el gesto de liberación de las cadenas y ese nuevo modo de intervenir ha sido asociado con un humanismo muy diferente al dado en el trato hasta entonces, para Foucault, en Bicêtre no se asistió a una verdadera representación del humanismo, sino a una traslación desde un poder soberano representado por las cadenas hacia otro poder, también de sujeción, representado por la obediencia y la disciplina. En esa racionalidad, el surgimiento del “personaje médico” y la “creación del asilo” constituyeron una versión nueva de la domesticación de la insensatez por la razón (Foucault, 1996).

En ese sentido, el llamado “orden psiquiátrico” implicaba entender el asilo *para locos* como el instrumento indispensable de una amplia estrategia de disciplinamiento y regulación social antes que como un espacio de observación clínica y de producción de conocimiento científico (Castel, 2004).

Numerosa literatura da cuenta de cómo en Europa, desde finales de la Edad Media hacia la paulatina aparición del capitalismo, surgieron las primeras prácticas de segregación masiva de individuos en diverso tipo de instituciones: manicomios, hospicios, casas de corrección, lazaretos y cárceles, lugares de encierro que tenían diversos objetivos explícitos e implícitos (Melossi y Pavarini, 1987; Foucault, 1996; Castel, 2004). Más adelante, con el desarrollo del positivismo las instituciones

pretendían no solo la construcción de un *saber científico* sobre la personalidad de los sujetos de intervención (los delincuentes, los enfermos, los locos), sino también la *resocialización* y la adopción de *nuevos valores* acordes al orden social mediante sistemas de premios y castigos y mediante los aportes teóricos del conductismo. Las teorías funcionalistas de la desviación, por ejemplo, concebían el encierro en prisiones y hospitales como un intento de crear, bajo condiciones controladas, un orden social perfecto en donde los *desviados*, aislados de las influencias nocivas que residen en el mundo exterior, *podiesen ser rehabilitados* (Cohen, 1995).

Otras lecturas, en cambio, focalizaban en el carácter iatrogénico y opresivo de estas instituciones. Erving Goffman, en su obra *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, de 1961, describe los efectos que estas instituciones generaban en sus “pacientes” (Goffman, 1961).

El autor caracteriza a estas instituciones como *instituciones totales*, es decir, como “un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente” (Goffman, 1961). Las instituciones que responden a las características mencionadas generan en los internos una serie de efectos negativos, de “mortificaciones del yo”, que ocurren por las barreras que las instituciones levantan entre estos y el “mundo exterior”, por la imposición de una rutina diaria ajena que los fuerza a hacer un papel que los despersonaliza, ya que rompe con la programación de sus roles, los moldea, los clasifica y los despoja de todas sus propiedades. De este modo, las instituciones totales generan condiciones para la construcción identitaria de los pacientes a partir de su condición de “enfermos” y desconocen las marcas identitarias previas a la internación. En este sentido, la persona considerada incapaz requiere una asistencia total que lleva a la desubjetivación característica de las prácticas manicomiales crónicas.

Hacia fines de la década de 1960 este tipo de instituciones e incluso la psiquiatría fueron cuestionadas como un engranaje dentro del conjunto más amplio de mecanismos de control y de represión social. Distintos trabajos han mostrado que las ideas de la antipsiquiatría ocuparon un lugar apreciable dentro del bagaje teórico de los protagonistas de la salud mental en la década de 1970 (Carpintero y Vainer, 2005; Plotkin, 2003).

El denominado Movimiento Antipsiquiátrico representado por referentes como Cooper, en Gran Bretaña; Szasz, en Estados Unidos; Basaglia, en Italia, y Manoni, en Francia, se caracterizó por realizar una crítica y una modificación de los cimientos de la psiquiatría tradicional. El cambio de paradigma vivenciado en Italia por el Movimiento Antipsiquiátrico logró interpelar la forma de tratamiento que se había dado hasta entonces, y avanzó desde el espacio asilar hacia el espacio comunitario. Ese movimiento, además de criticar el modelo manicomial, al que consideraba como una institución antiterapéutica, generó reformulaciones de las prácticas en el

tratamiento, que contribuyeron a la reestructuración de los sistemas de salud mental en algunos países de Europa y en los Estados Unidos (Alfaro, 1993). Entre ellos, pueden mencionarse: el cuestionamiento de la psiquiatría como ciencia médica, de las instituciones psiquiátricas y de sus instrumentos terapéuticos (psicofármacos, choques eléctricos, etc.) como únicos recursos válidos para tratar a quienes tenían padecimientos psicológicos; el cuestionamiento del concepto de *enfermedad mental* y, por sobre todos ellos, demostró que la locura podía ser tratada de un modo distinto al de la psiquiatría tradicional (Rodríguez, 2009).

En ese contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) organizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, donde los países firmaron la Declaración de Alma-Ata, el evento de política de salud internacional más importante en cuyo texto se promueve la participación comunitaria de los individuos como un componente central para la atención de la salud (OMS, 1978).

Desde entonces, comenzaron a surgir nuevas propuestas de intervención que centran el trabajo en la comunidad, dirigen esfuerzos hacia la salud y destacan que es en el campo de lo sano y desde orientaciones preventivas que pueden hacerse los más genuinos y mejores aportes (Saforcada, 2010). En la década de 1960, tanto en países de Europa como en los Estados Unidos se habían comenzado a aprobar leyes que impulsaron cambios en las formas de tratamiento hospitalario y manicomial. Surgieron así los desarrollos de la psiquiatría social de Maxwell Jones, en Inglaterra; la psiquiatría de sector, en Francia; la psiquiatría comunitaria de Caplan y la Ley Kennedy, en los Estados Unidos, que planteó la creación de centros de salud mental comunitarios, punto cardinal del nuevo perfil de atención que se intentaba llevar adelante en 1963. Mediante el fortalecimiento del rol de la comunidad y del sistema de bienestar social, se adoptaron programas educativos y se estableció el inicio socioprofesional del trabajo comunitario (Sánchez, 2007).

Otro de los antecedentes importantes en esta materia fue la Ley N° 180 de Reforma de la Psiquiatría que se sancionó en Italia en 1978, con el objetivo de poner en marcha un proceso nacional de eliminación de los hospitales psiquiátricos. Esta ley llevó al cierre definitivo de estas instituciones al final de la década de 1990, y a la progresiva creación de servicios de abordaje territorial, con el fin de que aquellas personas que sufrían problemas de salud mental pudieran conducir su vida en un contexto social extramuros. Esta ley, que fue la primera en el mundo, cambió radicalmente las condiciones de tratamiento y de atención en psiquiatría (Dell'Acqua, 2012).

3.1.2 | CONTEXTO REGIONAL

En la segunda mitad del siglo xx, la región de América Latina constituyó un territorio “mucho más fértil que Europa en ideas, desarrollos, propuestas y acciones que implican una mirada holística y sistémica del proceso de salud” (Soforcada, 2015). En efecto, en la década de 1970 surgió en este continente la medicina social¹, una corriente de pensamiento que busca poner en consideración la importancia de los determinantes sociales de la salud, así como el rol protagónico del Estado y de la comunidad en la atención de la salud (Iriart y otros, 2002). Esta corriente surgió en contraposición con la salud pública, a la que criticaba por “su proyección elitista e idealista y su énfasis tecnicista y estatalista, así como su vocación conservadora” (Granda, 2004).

La corriente de salud pública surgió a principios del siglo xx en los Estados Unidos, desde un paradigma positivista orientado al control de las enfermedades. En América Latina, la salud pública y la medicina preventiva emergieron de la mano de gobiernos desarrollistas² (Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012). En este marco, en un contexto de movilización social creciente, desde las ciencias sociales se realizó una crítica profunda de los paradigmas hegemónicos, que dio lugar a la corriente de la medicina social. En el Brasil, esta corriente tomó el nombre de salud colectiva y propuso que el acento de la intervención debía pasar de la cuestión de la *salud-enfermedad* hacia la *práctica de la salud* (Granda, 2004).

La medicina social/salud colectiva no constituye una escuela de tipo académico, sino que se trata de una corriente con diferencias y tendencias internas en proceso constante de construcción conceptual y práctica. Como afirman Alicia Stolkiner y Sara Ardilla Gómez:

Su configuración ha sido atravesada por tendencias contemporáneas en la producción de pensamiento como los marxismos de la época, la revisión de los principios de la modernidad y el debate sobre los posmodernismos, la crisis del paradigma científico objetivista, el posestructuralismo, el “giro hermenéutico” de las ciencias sociales, la semiótica, las diversas teorizaciones de la complejidad, y el debate sobre la cuestión del sujeto. (Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012).

A diferencia de la salud pública, que construye la población a partir de la suma de características de los individuos, la medicina social/salud colectiva considera la población y las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las

1 El término *medicina social* fue acuñado inicialmente en algunos países de Europa en 1848, para poner en evidencia la vinculación existente entre la salud y los *problemas sociales* (García, 2007).

2 En esos años surgieron una serie de organizaciones que nuclean a profesionales que trabajan desde estas perspectivas, como la Asociación Brasileña de Estudios de Salud Colectiva (Abrasco), fundada en 1979, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames), fundada en 1984.

de los individuos que las componen. Asimismo, mientras la salud pública concibe la salud como un estado y hace foco en la enfermedad, la medicina social/salud colectiva la concibe como un proceso de salud-enfermedad-cuidado.

Una de las ramas de esta corriente la constituye la epidemiología crítica, que permitió cuestionar el concepto de *factores causales de riesgo* de la epidemiología clásica e incluir el concepto de modos de vida en el análisis del proceso salud-enfermedad-cuidado (Breihl, 2003). La epidemiología clásica considera las condiciones biológicas y conductuales como factores explicativos de las problemáticas de salud, a los que se subordinan los aspectos socioculturales, espaciales y políticos (Augsburger, 2018).

En el campo de la salud mental se han producido transformaciones y reformas similares a las propugnadas por la medicina social/salud colectiva, en muchos casos influenciadas por ésta. Desde finales de la década de 1960, comenzaron a desarrollarse en América Latina un conjunto de experiencias y reformas en el campo de la salud mental, que propiciaban formas de atención ambulatorias y comunitarias, como alternativa al modelo asilar-manicomial. Una de esas experiencias fue la del Programa Intracomunitario Integral de Salud Mental del Área Sur de Santiago, Chile, que tuvo lugar desde finales de la década de 1960 hasta el golpe de Estado de 1973. Durante esos años, los miembros de la comunidad formaban parte de los equipos multidisciplinarios de atención de problemáticas vinculadas a la salud mental, como alcoholismo y neurosis (Saforcada, 2015).

A principios del siglo XXI y, como consecuencia del trabajo con profesionales de la salud de sectores populares, principalmente del campo de la psicología, surgió el concepto de *salud comunitaria* (Saforcada, 2010). Esta perspectiva se define por la preponderancia que adquiere la comunidad como actor que participa de manera activa y protagónica de las decisiones sobre su salud, mientras que el equipo multidisciplinario es visto como un colaborador participante. Esta perspectiva de salud comunitaria es retomada por el Modelo ECO2 para la intervención en situaciones de sufrimiento social en general, y de usos problemáticos de drogas en particular, en distintos países de América Latina. Este modelo surgió como resultado de un proyecto de investigación-acción realizado entre los años 1995 a 1998 por cuatro organizaciones de la sociedad civil mexicana. El objetivo de la investigación fue desarrollar un modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación con las fármacodependencias y situaciones críticas asociadas y contó con la asesoría de expertos internacionales y con financiamiento de la Unión Europea (1995-1996), del gobierno alemán y de Cáritas Alemania (1996-1998).

La denominación del modelo ECO2 se construyó como un juego de palabras a partir de algunos de sus elementos esenciales: epistemología de la complejidad (ECO) ética y comunitaria (ECO). La epistemología de la complejidad hace referencia a un metanivel, es decir, a la necesidad de enlazar los aportes de diversas ciencias, como la antro-

pología, la sociología, la psicología, que son necesarios para para entender la realidad humana y los fenómenos de sufrimiento social. En tanto, la denominación ética y comunitaria alude al tipo de intervención basada en la promoción de los derechos humanos, en la exigencia de limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social y, al mismo tiempo, en la reflexión, por parte de quienes intervienen, de sus propias motivaciones, limitaciones, errores, además de la necesidad de evaluación y supervisión constantes (Pereyra Robledo, 2015).

3.1.3 | CONTEXTO NACIONAL

En sintonía con el contexto regional, en la Argentina distintas disciplinas comenzaron a incorporar en sus prácticas y en sus desarrollos científicos y académicos los determinantes sociales de la salud y la perspectiva comunitaria de la salud.

En el campo de la salud mental “hacia las décadas del cincuenta y sesenta, hubo movimientos clínicos dirigidos hacia la comunidad, que seguían el modelo clásico terapéutico” Montero (1994). Es decir, comenzaba a incorporarse la dimensión comunitaria en las intervenciones, aunque con diferencias respecto del movimiento propio de la *psicología comunitaria* que se iniciaba en otros lugares de América Latina, en la década de 1970.

En 1957, Mauricio Goldemberg creó el Servicio de Salud Mental Comunitaria en el Hospital de Lanús. Para ello, se basó en principios de la antipsiquiatría estadounidense y europea, con lo que revolucionó las prácticas en psicopatología. Su experiencia fue replicada en Buenos Aires hacia fines de 1960 (Corvaglia Aguilar y Landini, 2006). Sin embargo, como señala Montero “no se planteaba como una psicología comunitaria sino como una práctica clínica en comunidades” (Montero, 1994).

En la misma línea, en 1959, Enrique Pichón Rivière lideró la llamada Operación Rosario (Chinkes y otros, 1995) destinada a trabajar con problemas concretos de la comunidad desde una perspectiva grupal y comunitaria. En el libro *Psicohigiene y psicología institucional*, editado en 1966 en la Argentina, José Bleger definía por primera vez el rol del psicólogo en el ámbito comunitario e institucional local. En ese trabajo, señaló la necesidad de avanzar hacia un enfoque social de la prevención y la promoción de la salud.

Sin dudas, esas experiencias marcaron un cambio en las prácticas de intervención en la comunidad desde la psicología, aunque el afianzamiento de una psicología comunitaria en el país se vio retrasado por las dictaduras por las que atravesó la Argentina durante el siglo xx, particularmente por la que comenzó en marzo de 1976. Durante los períodos dictatoriales, cualquier práctica comunitaria y la vinculación, casi exclusiva, entre la práctica psicológica y el psicoanálisis fue reprimida y considerada subversiva (Chinkes y otros, 1995).

En 1983, con el restablecimiento de la democracia, surgieron una serie de transformaciones que posibilitaron que los psicólogos repensaran la inclusión de sus prácticas en la trama social (Corvaglia y Landini, 2006). Desde entonces y hasta la actualidad, la psicología comunitaria fue afianzándose y su crecimiento posibilitó que se desarrollaran múltiples experiencias que han incluido dispositivos basados en la participación comunitaria en sus prácticas en salud-salud mental. Los aportes de Alicia Stolkiner y de Cecilia Augsburger entre otras especialistas son referentes en la materia.

Además de la psicología, otras disciplinas como la antropología y la medicina también han introducido en sus lineamientos aportes para la salud comunitaria.

Desde la antropología, Eduardo Menéndez se constituyó en el referente local para el desarrollo de la epidemiología sociocultural, una perspectiva crítica que recoloca los diseños de los estudios epidemiológicos dentro de modelos conceptuales que permiten reflejar la complejidad del juego de los actores sociales y culturales con los problemas de salud (Urquía, 2006). Desde la medicina, Mario Rovere formalizó una serie de herramientas que abonaron un nuevo campo para pensar las prácticas de participación comunitaria en salud: la *teoría de redes* y de la *lógica de actores sociales* (Rovere, 1999).

Como corolario de esas prácticas, se ha de sumar la experiencia de la revista Salud Colectiva fundada en 2005 por el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad de Lanús con el propósito de conformar un espacio editorial para la producción científica y académica basada en el pensamiento crítico en salud.

3.2 | LOS ABORDAJES COMUNITARIOS DE LOS CONSUMOS DE DROGAS EN LA ARGENTINA

En este apartado se analizan las primeras respuestas a los consumos problemáticos de drogas en la Argentina, tanto desde la sociedad civil como del Estado, sobre la base de una perspectiva enfocada en la comunidad. Estas iniciativas retoman, en muchos casos, las propuestas y los debates analizados en el apartado precedente y constituyen un antecedente del abordaje territorial e integral que se realiza desde la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) de la Sedronar.

3.2.1 | ABORDAJES IMPULSADOS DESDE LA SOCIEDAD CIVIL

En la Argentina, las primeras respuestas comunitarias a los consumos de drogas comenzaron a fines de la década de 1990, fundamentalmente a principios del nuevo milenio, impulsadas por distintas organizaciones de la sociedad civil. En un primer

momento, estas experiencias surgieron mediante la implementación de programas asociados al paradigma de reducción de riesgos y daños; por ejemplo, en Rosario, a partir del trabajo de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), en Buenos Aires, mediante la asociación civil Intercambios para el Estudio y la Atención de Problemas Relacionados con las Drogas.

El paradigma de reducción de daños establece determinados principios que posibilitan el abordaje de la problemática del consumo de drogas para guiar la acción y la intervención en el territorio. Estos principios tienen que ver, en primer lugar, con el reconocimiento de la capacidad de las personas que usan drogas para desarrollar formas de cuidado, así como para modificar prácticas de riesgo. Otro principio busca incluir a las personas que usan drogas en el diseño y la implementación de programas en conjunto con los trabajadores de las diferentes disciplinas, en una posición más igualitaria, flexible y participativa en la toma de decisiones. Asimismo, este paradigma propone *salir* de las instituciones y trabajar *en* los territorios donde viven las personas que usan drogas y relacionarse con sus redes familiares y de consumo. En ese marco, algunas de las acciones concretas que se realizaron estaban orientadas a promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas, para propiciar el protagonismo de las personas usuarias como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos de ciudadanía; los programas de intercambio y/o distribución de jeringas, en el caso de las personas usuarias de drogas inyectables; acciones de promoción de sexo seguro y/o de cuidados en el uso de drogas.

Además de estas experiencias, comenzaron a suscitarse otras intervenciones de base comunitaria que fueron sistematizadas y analizadas por equipos de investigación de la Argentina que, a partir de la experiencia acumulada y de los lineamientos del modelo *eco2*, sentaron las bases del modelo integral de abordaje comunitario (Kornblit y otros, 2014). Como su nombre lo indica, este modelo reúne características formalizadas a partir de distintas experiencias realizadas en el país, principalmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Definido como “la estrategia de intervención que tiene como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con los consumos problemáticos de drogas” (Camarotti y Kornblit, 2015), el modelo caracteriza a la comunidad a partir de la diversidad, el conflicto y la cooperación, antes que como un espacio social armónico. Se destacan así un conjunto de dimensiones que permiten distinguir los abordajes comunitarios de los consumos de drogas de otro tipo de respuestas: la promoción de la salud, la integralidad, la importancia asignada a la vulnerabilidad social, el trabajo en redes, la participación social, la autogestión y la sostenibilidad.

Entre las primeras experiencias de abordaje comunitario de los consumos de drogas desde la sociedad civil, pueden mencionarse la Fundación Convivir, localizada en la villa 21-24 de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires (CABA), el Centro de Día “La Otra Base de Encuentro”, en el Bajo Flores, y la Federación Familia Grande

“Hogar de Cristo”, que lleva adelante el Equipo de sacerdotes para las Villas de Emergencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Algunas de estas iniciativas fueron reconocidas por la Sedronar como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), mediante la Resolución N° 266, de septiembre de 2014. Ello permitió que estos dispositivos sean financiados como tales en virtud de la dimensión comunitaria de su trabajo, en reemplazo de las becas para las personas que asisten a ellos. Las CAAC son definidas por la Sedronar como:

[...] espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias (Resolución N° 266/2014, Anexo II: 1).

En estos centros se realizan distintas actividades: talleres de capacitación en oficios, grupos terapéuticos y de acogida, de inclusión educativa, espacios de escucha y contención, actividades recreativas y deportivas, entre otras. Las alternativas asistenciales se organizan como casas de día, hogares de recepción y de escucha, acompañamiento terapéutico, hogar residencial, entre otras modalidades implementadas (OAD/Sedronar, 2018).

3.2.2 ABORDAJES IMPULSADOS DESDE EL ESTADO

Uno de los antecedentes principales del abordaje comunitario en materia de drogas fue la sanción de la Ley N° 26.934 Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Iacop). A partir del 30 de abril de 2014, fecha de la sanción de la ley, comenzó a estructurarse una política pública del Estado con énfasis en el fortalecimiento de los vínculos comunitarios mediante dispositivos especiales de integración de las prácticas de organizaciones de la sociedad civil, instituciones públicas referentes en la materia y el Estado.

Una de las estrategias que se estableció para plasmar esta política pública universal de integración comunitaria fue la creación, en 2014, del Programa Recuperar Inclusión, de políticas públicas para recuperación y reinserción social de personas que se encontraban en situación de consumo. Tal como figura en la fundamentación de la propuesta, se iniciaba un nuevo paradigma en la atención del consumo problemático de sustancias, que ya no centraba el tratamiento en las *sustancias* a partir de un *modelo médico sanitario*, sino que ponía énfasis en la necesidad de promover la *articulación* y el involucramiento del *entramado comunitario*:

[...] en pos de la salud social y colectiva, es menester construir a la par las tramas del lazo social que han sido fragmentados, permitiendo que los tratamientos de consumo problemático de sustancias no dependan solo del acto voluntario del sujeto, como un individuo enfermo, sino que este mismo sea integrado al entramado comunitario al cual pertenece y que le otorga identidad como un sujeto de derecho.

A estos fines se dispuso la creación de cuatro dispositivos: las Casas Educativas Terapéuticas (CET), los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA), los Puntos de Encuentros Comunitarios (PEC) como así también el Programa de Apoyo a la Integración Sociolaboral (PAIS).

Las CET se propusieron como “dispositivos de integración comunitaria para la atención y tratamiento de sujetos que se encuentren en consumo problemático de sustancias”.

Su objetivo general era la restitución del ejercicio del derecho a todos sujetos que se encontraran en situaciones de consumo problemático de sustancias, mientras que uno de sus principales objetivos específicos era brindar atención y asistencia profesional para la intervención en situaciones específicas. El eje central de estos dispositivos era la asistencia integral.

Los CEPLA se constituyeron como “espacios de prevención y contención, que se materializan tanto en la realización de actividades de recreación, formación y concientización, como en el acompañamiento personal”. Una de sus principales metas era representar un lugar de encuentro para jóvenes en situación de vulnerabilidad que tuviera como objetivo acompañarlos y empoderarlos. En ese sentido, los CEPLA buscaban generar herramientas variadas para la construcción y el fortalecimiento de un proyecto de vida mediante un proceso de empoderamiento personal y comunitario. Es por ello que, desde este dispositivo, se promovía la participación desde la comunidad local tanto con los actores locales, los referentes territoriales, las organizaciones gubernamentales, como con organizaciones no gubernamentales, organizaciones políticas, asociaciones civiles, instituciones religiosas y la comunidad en su totalidad en los territorios donde existían problemáticas referidas al consumo de sustancias.

A diferencia de las CET que estaban dirigidas al público de todas las edades, los CEPLA estaban destinados, principalmente, a jóvenes de entre 12 y 24 años, aunque este rango etario podía ampliarse, de acuerdo con las necesidades y la realidad de la localidad en la que se encontrase el centro. El eje central de trabajo de los CEPLA estaba organizado sobre la base de actividades de promoción de la salud y priorizaba tres dimensiones de intervención: el deporte y la cultura; el encuentro y la contención y la formación profesional.

Los PEC por su parte, fueron definidos como “equipos de actores territoriales” que se referenciaban en un “espacio comunitario” y articulaban recursos locales para desarrollar “tareas de prevención y asistencia en su comunidad”. La particularidad que tenían los PEC era que se asentaban en espacios que ya existían en el territorio y que eran lugares de referencia, tales como organizaciones o instituciones locales que contaran con un lugar físico fácilmente identificable y que fuese accesible para la propia comunidad, y que eran impulsados por personas que, en general, eran referentes de la propia comunidad (docentes, trabajadores sociales, referentes de clubes deportivos, personal de centros de salud, empleados de un programa municipal local, referentes barriales, militantes sociales, referentes religiosos, promotores de salud, técnicos de programas o ministerios, entre otros). De este modo, los PEC se constituían en los dispositivos con mayor anclaje territorial.

Por su parte, el programa PAIS estaba destinado a los jóvenes de entre 16 y 24 años que hubiesen sido atendidos por consumos problemáticos en hospitales, comunidades terapéuticas o cualquier otra instancia asistencial, o bien que hubiesen sido derivados de las instancias preventivas y que se encontrasen en situación de desempleo y sin ingresos fijos.

El objetivo general de dicho programa consistía en “implementar en todo el territorio nacional la integración sociolaboral de los y las jóvenes en situación de consumo problemático o en riesgo de padecerlo” y articular con los dispositivos territoriales (PEC, CET y CEPLA) en la construcción de un “proyecto de vida basado en la salud, el trabajo, la educación y la recreación”.

El programa PAIS fue pensado como una estrategia de salud social focalizada en jóvenes con el objetivo de que, mediante el trabajo, la educación y la recreación pudieran acceder a herramientas y experiencias nuevas que les permitieran desarrollar, con el debido acompañamiento terapéutico, un proyecto de vida saludable. En ese sentido, funcionaba como una intervención preventiva y terapéutica frente al consumo de sustancias y la oferta del mercado de drogas ilegales en contextos de alta vulnerabilidad social.

A partir de diciembre de 2015, estos dispositivos se reconfiguraron bajo la órbita de la actual Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE), dependiente de la Subsecretaría de Abordaje Integral de la Sedronar, lo que permitió dotar de un carácter de integralidad a las experiencias de abordaje territorial iniciadas en 2014.

Durante 2016, se unificaron los programas CEPLA, CET y PAIS bajo el modelo de Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT), cuyo objetivo general es el abordaje integral de los consumos problemáticos, orientado a la promoción, restitución y ejercicio de derechos humanos. De esta forma, bajo el DIAT quedaron incluidos los objetivos de los programas anteriores (CEPLA, CET y PAIS) reorganizados y unificados en pos de brindar

un abordaje integral del consumo problemático. En simultáneo, desde 2016, la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) implementó la metodología de tratamiento comunitario como una de sus líneas de trabajo, a partir de la creación de los Equipos de Abordaje Territorial Integral. Se crearon así los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC) para reformular los dispositivos PEC. Estas nuevas formas de abordar los consumos de drogas desde la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) resultaron fundamentales para hacer frente a los nuevos contextos, sustancias y prácticas de consumo, poniendo en evidencia las limitaciones que tienen los modelos de atención tradicionales para dar respuestas adecuadas en la actualidad.

En cambio, en pos de alcanzar la integralidad del abordaje, se crearon tres coordinaciones que dieron sustento al modelo de abordaje y tienen como objetivo general delinear, monitorear y acompañar las prácticas de los dispositivos territoriales. Cada coordinación cuenta con referentes del área que acompañan a los equipos territoriales y, en conjunto, conforman lo que en territorio y en la misma Secretaría se denomina como *central*.

A continuación, se describen los roles y funciones de cada una de las coordinaciones.

La Coordinación de Abordaje Territorial contempla los DIAT bajo su dependencia y tiene como objetivo general llevar adelante su gestión cotidiana y la atención de las particularidades de cada territorio. Para ello, por medio de los referentes de dispositivo que la conforman, cada coordinación acompaña a los dispositivos territoriales para conocer y reconocer las redes institucionales, comunitarias y políticas, del mismo modo que acompaña en el armado de estrategias con otros actores locales en el marco de la corresponsabilidad. En el mismo sentido, acompaña y monitorea el sostenimiento de estrategias de centralización de la información a partir de la lectura y el análisis de las herramientas de sistematización, en la construcción de datos a nivel nacional.

Dado que el modo de emplazamiento de los DIAT en cada territorio es a partir de la co-gestión con diversos actores, como la provincia, el municipio y las organizaciones de la sociedad civil con los que la coordinación se ocupa de sostener vínculos y mantener una comunicación recíproca. Esta tarea implica el desarrollo de convenios de cogestión, el seguimiento de los compromisos adquiridos por ambas partes, la negociación de marcos de trabajo conjunto, entre otros.

Por otro lado, participa, acompaña y monitorea el diagnóstico, la planificación y la gestión de las estrategias de inserción comunitaria de los equipos al tiempo que realiza el seguimiento y acompaña la actualización de los recursos humanos de los dispositivos. En el trabajo central, los referentes de abordaje conforman duplas con las referencias de la coordinación de asistencia técnica para el seguimiento de las prácticas, las situaciones singulares, y las propuestas colectivas con finalidad terapéutica.

La planificación del trabajo articulado de las coordinaciones persigue el objetivo de un acompañamiento integral de la práctica.

La Coordinación de Estrategias de Abordaje fue creada en marzo de 2016 y contempla los equipos que llevan adelante la metodología de TC. Esta coordinación tiene como objetivo general delinear el plan de acción, la capacitación y el acompañamiento de los referentes técnicos y de los dispositivos de tratamiento comunitario (DTC) en territorio, los equipos de más bajo umbral de la DNAE. Estos equipos cuentan con el asesoramiento de una persona referente técnica que trabaja en la oficina central y acompaña sus prácticas de forma cotidiana. En este sentido, desde la coordinación se trabaja con el equipo de referentes centrales, así como también con los equipos en territorio. Se proyectan metas a distintos plazos propuestas por la DNAE, se delinear las prácticas y marco de acción y resolución de las problemáticas que suceden en territorio.

Desde esta coordinación, en forma conjunta con los equipos territoriales, se lleva adelante con los equipos territoriales un cronograma de capacitaciones, tanto metodológicas como de marco normativo vigente de instancias presenciales y virtuales, masivas y/o grupales, que involucran las prácticas de todos los dispositivos de la DNAE.

La Coordinación de Estrategias de Abordaje promueve el acceso a los derechos de los usuarios de los dispositivos de abordaje territorial de modo de incrementar los procesos de desarrollo de autonomía en el ámbito comunitario. Se trabaja en el fortalecimiento de las redes territoriales formales como informales; en repetidas ocasiones, esto favorece que las personas tengan el primer contacto con esta política de Estado y con otras políticas públicas, a partir de acercarse a los equipos en el territorio.

Otra de las líneas de trabajo es el monitoreo de los equipos de tratamiento comunitario para que estos identifiquen y amplíen la red de recursos locales en los territorios donde trabajan, para que incrementen los vínculos estables de la red subjetiva y comunitaria de los usuarios que participan en los dispositivos y para que brinden información, orientación y acompañamiento a toda persona que concurra a los dispositivos territoriales de la Sedronar. Finalmente, los propósitos de nuestros equipos en territorio son:

- Generar espacios de acompañamiento y escucha, brindando asesoría profesional a nivel individual, grupal, a referentes afectivos, y encuentros vinculares;
- Promover la restitución de derechos vulnerados en los usuarios de los dispositivos de abordaje territorial;
- Aumentar la accesibilidad a servicios de salud, ya sea en los dispositivos propios o de la comunidad, de los sujetos según sus necesidades particulares.

Un referente acompaña a cada equipo de Tratamiento Comunitario en su trabajo cotidiano. Cada semana o con frecuencia más espaciada, un referente acude al territorio o se involucra de manera virtual o telefónicamente con el equipo.

La Coordinación de Asistencia Técnica se creó con la finalidad de acompañar desde *central* las prácticas de los dispositivos territoriales en materia de asistencia de salud mental, como también en relación con el acompañamiento en la restitución de derechos.

Los seguimientos singulares de las personas usuarias de drogas y los espacios que se proponen con potencialidad terapéutica, tal como lo indica la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, requieren de encuentros de intercambio para el armado de estrategias y la revisión de las acciones que se sugieren. En este sentido, la *Se-dronar* como rectora de la política de drogas, tiene como función el acompañamiento cotidiano de los equipos territoriales con la finalidad de implementar los lineamientos generales para el abordaje integral de los consumos problemáticos.

La función de la coordinación está orientada por el marco normativo vigente tanto para delinear y delimitar los criterios de acompañamiento y de intervención en situaciones singulares; como para favorecer la consolidación del abordaje comunitario de los aspectos sociales que exceden a la problemática de consumo.

La coordinación de asistencia lleva adelante su trabajo en forma transversal a las dos coordinaciones de los dispositivos *DIAT* y *DTC*. Los referentes centrales de las coordinaciones se constituyen como duplas en la construcción de diagnósticos integrales que contemplan la situación territorial, comunitaria, política y social, así como también la circulación de las personas usuarias en las redes locales.

El equipo está encargado de la producción de contenido para materiales de trabajo y capacitaciones con diversos formatos de modalidad presencial y virtual. Asimismo, se realizan intercambios sobre informes institucionales, sobre la discusión técnica de criterios para la elaboración de herramientas de sistematización y la articulación y el seguimiento de situaciones singulares, y estrategias generales con organismos públicos referentes en temas de niñez, salud mental, género, entre otros.

El trabajo de las duplas incluye visitas presenciales a los dispositivos que se organizan con el objetivo de revisión de prácticas y supervisión de casos singulares, que se realiza de manera conjunta con todos los actores del equipo de los dispositivos (talleristas, operadores, equipo técnico) con la finalidad de favorecer los abordajes interactorales y la discusión en cuanto a la jerarquización de saberes.

Para alcanzar el abordaje integral, el equipo de asistencia técnica está conformado por referentes de los dispositivos y de las dimensiones de salud, legal, educativa, laboral y de promoción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro, J. (1993), "La Psicología Comunitaria en Chile durante la década del sesenta: Aspectos conceptuales y operativos", en M.R Olave y L. Zambrano (ed), *Psicología comunitaria y salud mental en Chile*. Santiago, Universidad Diego Portales
- Augsburger, C. (2018), "Enfoques epidemiológicos sobre salud mental infantil: un debate impostergable", en Augsburger, C. y otros, *Letras del afuera: viajes de formación y docencia*. Rosario, Laborde, 2018.
- Breilh, J. (2003), "Introducción", en *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015), "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo", en *Salud Colectiva* N° 11, abril-junio. Buenos Aires. ISSN 1669-2381, EISSN 1851-8256.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina en los '60 y '70. 1970-1983*. (Tomo II). Buenos Aires, Topía.
- Castel, R. (2004), *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós.
- Chinkes, S.; Lapalma, A.; Nicenboim, E. (1995), "Psicología Comunitaria en Argentina. Reconstrucción de una práctica psicosocial en la Argentina", en Wiesenfeld, E. y Sánchez, E. (1995), *Psicología Social Comunitaria. Contribuciones Latinoamericana*. Caracas, Facultad de Humanidades, Tripykos.
- Cohen, S. (1995), *Visions of social control. Crime, Punishment and classification*. Cambridge, Polity Press.
- Corvaglia Aguilar, A. M. y Landini, F. P. (2006), "Primeras prácticas de psicología comunitaria en la Argentina: el caso del programa de erradicación de Villas de Emergencia". XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires, Facultad de Psicología, UBA.
- Dell' Acqua, P. (2012), *Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio*. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur (Ideass). Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/doc/BrochureTriesteESP.pdf>
- Foucault, M. (2000), *Los anormales*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002 [1996]), *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

García, Juan César (2007), "Juan César García entrevista a Juan César García", en *Revista de Medicina Social*, Vol. 2, N° 3, julio. Buenos Aires. Texto publicado originalmente en: Nunes, E. (1986), *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*. ops. Disponible en: www.medicinasocial.info

Goffman, Erving (1961), *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

Granda, Edmundo (2004), "Alames: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina", en *IX Congreso latinoamericano de Medicina social. La salud: un derecho a conquistar*. Lima.

Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A. y Elías Merhy, E. (2002), "Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, (2).

Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Capriati, A.; Di Leo, P. F. y Wald, G. (2015), "Una propuesta para sistematizar experiencias en el abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas", en *Revista argentina de salud pública*. 6, (22), 21-28.

Melossi, D. y Pavarini, M. (1987), *Cárcel y fábrica: los orígenes del sistema penitenciario. Siglo XVI-XIX*. México, Siglo XXI Editores.

Montero, M. (1994). "Vidas paralelas. Psicología Comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos", en M. Montero (Coord.), *Psicología Social Comunitaria. Teoría, método y experiencia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 19-46.

Pereyra Robledo, D. (2015), "Abordaje comunitario del consumo problemático de drogas", monografía. Montevideo, Universidad de la República. Facultad de Psicología.

Plotkin, Mariano (2003), *Freud en las Pampas*. Buenos Aires, Sudamericana.

Rodríguez, A. (2009), "Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos", en *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* N° 37, 317-327. San Salvador de Jujuy, UNJ.

Rovere, M. (1999), *Redes en Salud. Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Secretaría de Salud Pública/amr, Instituto Lazarte.

Saforcada, E. (2010), "El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva de la salud pública", en *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires, Paidós.

Saforcada, E. (2015), *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires, Nuevos Tiempos.

Sánchez Vidal, A. (2007), "Orígenes, desarrollo y valoración", en *Manual de psicología comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid, Pirámide.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (2014), *Manual CET. Casas Educativas Terapéuticas*. Buenos Aires, Sedronar.

Stolkiner, A. y Ardilla Gómez, S. (2012), "Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas", en *Vertex, revista argentina de psiquiatría*, Vol. 23, N° 101, 57-67 enero- febrero.

Stolkiner, A. y Solitario R., "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías, en, Maceira D. (comp.), *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires, Paidós, 2007.

Urquía, M. (2006), *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Lanús, edunla.

NORMATIVA

Boletín Oficial 29/05/2014, Ley N° 26.934, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).

Gazzetta Ufficiale della Repubblica, 13/05/1978, Legge N° 180, Roma, Italia (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori) Exámenes y Tratamientos Médicos Voluntarios y Obligatorios.

4

PRINCIPALES LINEAMIENTOS DEL ABORDAJE TERRITORIAL INTEGRAL

En este capítulo se presentan las principales características del abordaje territorial integral realizado por la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico de la Subsecretaría de Abordaje Integral de la Sedronar durante el período 2016-2019.

En primer lugar, se definen los conceptos de *territorio* y *abordaje territorial*. Luego, se presentan los principios y ejes rectores que guían el abordaje territorial:

universalidad de los derechos, integralidad, reducción de vulnerabilidades, trabajo en red e intersectorialidad, accesibilidad y bajo umbral, participación social y comunitaria, perspectiva de género y enfoque intercultural. A continuación, se caracterizan las dimensiones laboral, educativa, promocional y legal del abordaje territorial. Por último, se describen las principales características de los dispositivos con los que cuenta actualmente la Dirección: los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT) y los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC).

PALABRAS CLAVES

Dirección Nacional de Abordaje Estratégico
territorio
abordaje territorial
principios rectores del abordaje territorial
dimensiones del abordaje territorial integral
Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT)
Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC)

4.1 TERRITORIO Y ABORDAJE TERRITORIAL

Para definir qué se entiende por *abordaje territorial*, resulta importante primero describir qué se entiende por territorio. Desde el ámbito de los estudios geográficos, el concepto de *territorio* ha sido definido desde distintas perspectivas. Desde la geografía clásica, es entendido como algo externo a la sociedad, como un sustrato material que se encuentra por fuera de las relaciones sociales (Altschuler, 2013). Sin embargo, a partir de la década de 1970, una serie de autoras y autores han introducido el análisis del poder y las relaciones sociales y han conformado lo que se conoce como *geografía crítica*. Dentro de esta corriente, el territorio se define como una producción a partir del espacio, que se inscribe en un campo de poder (Raffestin, 2011). A su vez, se entiende como:

[...] un campo de fuerzas, una tela o red de relaciones sociales que, a la par de su complejidad interna, define, al mismo tiempo, un límite, una alteridad: la diferencia entre “nosotros” (el grupo, los miembros de la colectividad o “comunidad”, los *insiders*) y los “otros” (los de afuera, los extraños, los *outsiders*) (Lopes de Souza, 2001).

En esta misma línea, se delimita como un espacio geográfico, con uno o más lenguajes, procesos organizativos, funciones sociales, conflictos y sus soluciones, intereses culturales, etcétera (Milanese, 2013). A su vez, puede entenderse como un sistema de actores, recursos, relaciones, gobierno, espacio y tiempo:

[...] un sistema constituido por un conjunto de actores y recursos, sede de actividades y relaciones y guiado por un subsistema constituido por el sistema de gobierno. El territorio es también caracterizado por una dimensión espacial suficientemente definida que determina algunas de sus características y también por una dimensión temporal en la medida en la cual sus componentes fundamentales (actores, recursos, actividades, relaciones) cambian en el tiempo y se manifiestan en manera dinámica (Carrioli, 2016)

Por otra parte, el concepto de *territorialidad* da cuenta de las estrategias de un grupo o dispositivo para el acceso al control de personas, cosas y relaciones sobre un área geográfica delimitada, que se configura como territorio (Sack, 1980). La territorialidad no es solo la localización, sino que implica la afirmación de la influencia o el control sobre un área geográfica por parte de una organización o dispositivo. La perspectiva de Sack implica el reconocimiento de que los territorios no son fijos, ni se definen de una vez y para siempre. Por el contrario, en tanto dependen de las estrategias para influenciar y controlar el acceso por medio de sus límites, un área determinada puede convertirse en territorio, o dejar de serlo (Altschuler, 2013). De esta forma, el territorio

implica los “procesos de marcación y apropiación subjetiva e intersubjetiva que realizan sus habitantes, dado el sistema de poder vigente” (Soldano, 2008).

A partir de estas definiciones, el territorio se comprende como una *arena de disputa*, un *espacio* donde se ejerce un poder ya sea político, económico o simbólico; también puede ser entendido como un interjuego de relaciones y vínculos, un espacio-tiempo definido por coordenadas simbólicas que portan representaciones sociales particulares sobre los sujetos, sus lazos y las problemáticas vividas, entre otras, que dan lugar a diversas comunidades. En este sentido, las comunidades no son entendidas en un sentido armónico, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado por la diversidad, el conflicto, las tensiones y la solidaridad (Camarotti y Kornblit, 2015).

De esta forma, realizar un abordaje territorial implica conocer un territorio, sus límites y los actores y los dispositivos que participan en su definición. Los abordajes territoriales requieren, a su vez, de la participación de diferentes actores y sectores de la comunidad en la construcción de estrategias hacia un objetivo común. Estas diversas modalidades de participación remiten a la idea de *redes*, tanto institucionales como intersubjetivas. Las redes son recursos de la comunidad que es necesario que quienes trabajan en territorio visibilicen y fortalezcan para acompañar las trayectorias individuales y colectivas, promover las acciones tendientes a la restitución de derechos, propiciar el acceso y el ejercicio de los mismos e impulsar en el ámbito comunitario su registro y apropiación.

4.2 PRINCIPIOS RECTORES DEL ABORDAJE TERRITORIAL

El abordaje territorial en materia de prevención y abordaje de los consumos problemáticos que se promueve desde la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico de la Sedronar se rige por un conjunto de *principios rectores* o pautas generales que guían la intervención en territorio. Estos principios se adecuan al marco normativo tanto internacional como nacional presentado en el capítulo 2, y forman parte del Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020 elaborado por la Sedronar. Los ocho principios rectores que guían el abordaje territorial realizado por la Sedronar son los siguientes: *universalidad de los derechos, integralidad, reducción de vulnerabilidades, trabajo en red e intersectorialidad, accesibilidad y bajo umbral, participación social y comunitaria, perspectiva de género y enfoque intercultural*. A continuación, se describen sus principales características.

4.2.1 | UNIVERSALIDAD DE DERECHOS

La universalidad de derechos se erige como el horizonte en la construcción de políticas públicas integrales, que buscan superar la fragmentación y la focalización. Históricamente, las políticas públicas han recortado un sector de la población para constituirlo en *beneficiaria* en virtud de determinadas problemáticas específicas. Esta modalidad ha contribuido a la estigmatización de determinados sectores, reforzando procesos de exclusión social previos e invisibilizando la complejidad de las problemáticas sociales.

Por el contrario, el marco de la universalidad de derechos implica la construcción de modelos de abordaje integrales que ofrecen oportunidades para la inclusión comunitaria. El marco normativo vigente orienta las prácticas hacia la construcción de proyectos personales y comunitarios que impacten en el padecimiento ocasionado por la exclusión social.

Los espacios de abordaje comunitario de las problemáticas sociales tienen como horizonte crear escenarios que contemplen actividades de promoción y acceso a derechos, como la salud, la educación, la cultura, el deporte y el trabajo, entre otros, para construir propuestas a las que puedan acceder todos los ciudadanos en tanto sujetos de derechos.

En este sentido, se busca diseñar e implementar intervenciones que incluyan a todos los ciudadanos, con especial consideración hacia aquellas personas que presenten dificultades en el acceso a servicios de calidad en salud y educación, al mundo del trabajo, a la justicia y al pleno desarrollo de las capacidades personales y sociales. A su vez, la perspectiva de derechos en la política pública exige, para su puesta en práctica, superar los procesos de estigmatización y criminalización que históricamente han estado ligados a la población usuaria de drogas. Se vuelve imprescindible, entonces, desarrollar *en y con* cada comunidad la tarea de desmitificar y erradicar las representaciones estereotipadas del consumo de sustancias, que significan esta práctica como un problema de cada individuo, para pasar a contemplarlo como un problema de salud pública.

La perspectiva de derechos está presente en todas las acciones e intervenciones de la Sedronar, cuando desde los dispositivos se articula con las instituciones educativas para promover la inclusión educativa, por ejemplo, o cuando se articula con los organismos laborales para implementar espacios de formación con salida laboral.

4.2.2 | INTEGRALIDAD

La integralidad constituye el rasgo distintivo del abordaje territorial. Implica considerar que la problemática del consumo se encuentra vinculada con otros aspectos de la vida de una persona: trabajo, salud, vivienda, educación, redes familiares y sociales, entre otros. Por lo tanto, trabajar desde una perspectiva integral significa entender la problemática de los consumos como un efecto de históricas vulneraciones de derechos que causan mayores riesgos y daños que el consumo en sí mismo, y que obstaculizan la construcción de proyectos personales.

Asimismo, el concepto de integralidad refiere a la articulación de diversas dimensiones, tales de índole personal como las que se inscriben en el contexto de la comunidad, por ejemplo, las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales de las personas que consumen drogas, los diferentes saberes provenientes de distintas disciplinas para el abordaje de la problemática (sociales, psicológicas, jurídicas, biológicas, etcétera) y la multiplicidad de actores que intervienen en el tratamiento (instituciones, organizaciones, referentes barriales). Es solo mediante este intercambio que puede superarse la dicotomía asistencia/prevención.

En consecuencia, se trata de comprender las especificidades de las personas según la lógica del *caso a caso*, que tiene en cuenta el contexto posible para las intervenciones. La mirada integral del problema supone comprenderlo desde una lógica compleja, no como resultado de una causa lineal ni con una única resolución. Es preciso destacar que el consumo problemático implica un sufrimiento que abarca diversas áreas de la vida del sujeto y que, mediando o no sustancia, muchas veces se convierte en una forma fallida de *solución* del padecimiento. La integralidad remite a la mirada del problema y a sus posibles respuestas, conformadas por una multiplicidad de estrategias y actores que –desde diversos lugares– podrían aliviar dicho padecimiento.

4.2.3 | REDUCCIÓN DE VULNERABILIDADES

Uno de los principales objetivos del abordaje integral en territorio es promover el desarrollo integral de las personas y sus potencialidades, a partir de generar condiciones que propicien la reducción de las vulnerabilidades mediante el acceso y el ejercicio de los derechos. Esto implica orientar las estrategias de intervención para incidir en las condiciones de vida de las personas y las comunidades, y generar condiciones de posibilidad para el acceso y la restitución de los derechos.

La vulnerabilidad es entendida como un conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad de individuos y comunidades de padecer perjuicios y una menor disponibilidad de recursos para su protección (Ayres, Paiva y França, 2018). Esta perspectiva busca superar la noción de “riesgo individual”, para

contemplar tres dimensiones en el abordaje territorial: vulnerabilidades individuales –intersubjetivas–, sociales –contextos de interacción– y programáticas.

En función de lo expuesto, el abordaje territorial implica conocer el contexto espacial y las redes institucionales, así como también el ámbito en el que las personas desarrollan su sociabilidad (Ramírez y Bordoni, 2018).

4.2.4 | INTERSECTORIALIDAD Y TRABAJO EN RED

La complejidad de la temática del uso de sustancias psicoactivas y la diversidad de realidades del territorio nacional demandan una mirada y un abordaje territorial que sea a la vez intersectorial, interdisciplinar e intergubernamental, para brindar respuestas que se adecuen a las particularidades de cada territorio y de cada sujeto. Al mismo tiempo, es necesario concebir a las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático no como sujetos aislados, sino vinculadas en diversas redes personales y comunitarias –enmarcadas en contextos sociales más amplios– que condicionan y habilitan cierto tipo de prácticas y no otras.

La Dirección Nacional de Abordaje Estratégico, mediante los distintos dispositivos territoriales –en el marco de las leyes vigentes– establece los lineamientos generales de intervención para abordar los consumos de drogas en todo el territorio nacional, mediante esfuerzos articulados de manera coherente e integral realizadas. Estas intervenciones adquieren características particulares en cada territorio, por lo que la intersectorialidad y el trabajo en red resultan fundamentales para adaptar de la mejor manera posible los lineamientos generales a las realidades locales.

La *intersectorialidad* hace referencia a la integración de los esfuerzos de actores provenientes de distintos sectores (salud, educación, vivienda, cultura, entre otros) en un objetivo común: el abordaje integral de los consumos problemáticos.

De esta forma, se busca que los distintos actores puedan realizar un *trabajo en red*, es decir, en un “conjunto relativamente estable de relaciones de naturaleza no jerárquica e interdependiente que vinculan a una diversidad de actores, que comparten un interés común sobre una política e intercambian recursos para conseguir este interés compartido a sabiendas de que la cooperación es la mejor forma de conseguir los objetivos perseguidos” (Börzel, 1998).

En el marco de un abordaje integral de los consumos problemáticos, trabajar desde la perspectiva de redes implica pensar una estrategia de intervención que no esté centrada únicamente en el individuo sino más bien enfocada “desde el equipo con las personas e instituciones que son o deben ser parte de la respuesta integral” frente a múltiples vulneraciones de derechos (Barros y otros, 2018). Además, la perspectiva de

redes permite al equipo visibilizar situaciones de vulnerabilidad y tener información fehaciente de las dinámicas comunitarias y su desarrollo. Asimismo, posibilita establecer contactos y relaciones más fluidas con redes institucionales y formales para dar mejores respuestas a las demandas comunitarias.

Las redes no formales, entendidas como recursos en los procesos de transformación de las dinámicas sociales –así como su registro y reconocimiento– constituyen una respuesta posible para el abordaje del consumo problemático de sustancias; a la vez, es necesaria su articulación con redes formales (institucionales, de servicios, estatales en todos sus niveles, etc.) en función de lograr desde la comunidad una mejor y más amplia gama de respuestas a las demandas de las personas que en ella conviven.

4.2.5 | ACCESIBILIDAD Y BAJO UMBRAL

El *bajo umbral* remite a la idea de *exigir menos* para acceder a un servicio. Para esto, resulta necesario generar espacios comunitarios que no estén estigmatizados y que ofrezcan diversas propuestas desde la perspectiva de la inclusión social.

Para ello, resulta necesario entender los momentos subjetivos y contextuales de las personas en términos comunitarios, procurando la promoción de prácticas de cuidado hacia las otras personas y hacia sí mismas. Del mismo modo, generando condiciones de accesibilidad para las y los usuarias/os, contribuimos a la problematización de situaciones de padecimiento naturalizadas que impactan directamente en la problemática del consumo.

La exigencia mínima para transitar los espacios no constituye una *no exigencia*, sino un trabajo progresivo en el registro del problema para que pueda generarse en las personas usuarias la decisión de resolverlo, atendiendo a los tiempos singulares de cada sujeto.

Reconocer el verdadero malestar en situaciones de alta exclusión social se convierte en un trabajo cotidiano para los equipos de trabajo. En la mayoría de los casos, requiere un acompañamiento de cada caso que posibilite crear condiciones de posibilidad para la restitución de los derechos.

De esta forma, el bajo umbral puede estar dado a partir de distintos criterios y es la clave para generar oportunidades de accesibilidad: la proximidad geográfica, la amplitud horaria, la documentación necesaria para acceder, el trato brindado por las y los profesionales y trabajadores, las actividades propuestas, las normas y requisitos para el ingreso y la participación, las representaciones sociales asociadas al espacio, etcétera.

En este sentido, el umbral mínimo de exigencia no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como punto de partida para el tratamiento, sino que contempla la

perspectiva de la reducción de los riesgos como un proceso dialéctico y dinámico, con sus marchas y contramarchas, para garantizar una política pública universal.

4.2.6 | PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Este principio se relaciona con la participación social y comunitaria a partir de la construcción conjunta de estrategias de sensibilización y concientización que favorezcan el involucramiento de la población en la problemática. Si se toma en cuenta que el fortalecimiento y la reconstrucción y/o resignificación de los lazos sociales es uno de los pilares fundamentales de este tipo de abordaje, el compromiso y la participación de la comunidad resultan de suma importancia. Asimismo, la participación social y comunitaria se vuelve esencial a la hora de establecer los diagnósticos y las estrategias en cada comunidad, ya que permite conocer el carácter singular y las particularidades que cada contexto presenta.

Luego de establecer el primer contacto con los actores comunitarios, es preciso que ese contacto se fortalezca y se mantenga a lo largo del tiempo, es decir, “es necesario que se transforme en relación y, si fuese posible, en relación de trabajo” (Milanese, 2016). En este sentido, las diversas actividades comunitarias de vinculación buscan fortalecer las relaciones establecidas con las personas a partir del primer contacto para luego otorgarles un sentido comunitario.

La participación de la comunidad posibilita no estigmatizar los espacios y permite la construcción de propuestas directamente relacionadas con las necesidades de la realidad local. Incluir a la comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas, genera mayor responsabilización e implicación; se cumple así con el espíritu del marco normativo que exige *hacer parte* del abordaje de la problemática social a las y los usuarios y a sus referentes afectivos y comunitarios.

En estos espacios comunitarios las actividades ofician como una *puerta de entrada*, un medio para que la persona pueda tomar contacto con el equipo interdisciplinario, pero también para que comparta intereses, haga grupo con otras personas de su comunidad y afiance lazos sociales. De este modo, no hay un circuito único de inicio y trayectoria por el dispositivo, sino que se organiza en torno de la singularidad de cada sujeto y su red (Ramírez y Bordoni, 2018).

En estos espacios se trabaja mediante un abordaje *integral comunitario* porque en ellos se incorpora una perspectiva social, cultural e histórica del consumo problemático de drogas (Camarotti y Kornblit, 2015).

4.2.7 | PERSPECTIVA DE GÉNERO

La adopción de una perspectiva de género en el abordaje de los consumos de drogas resulta un principio fundamental, en tanto permite visibilizar las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de asistencia entre varones, mujeres y población LGTBIQ, así como diseñar estrategias que permitan su superación.

Como ha sido ampliamente estudiado (Arana y otros, 2012; Camarotti y Kornblit, 2010; Camarotti y Touris, 2010; Romo Avilés y Camarotti, 2015), en virtud de los roles y estereotipos de género las mujeres sufren mayor estigmatización social por consumir drogas, lo que dificulta muchas veces su acercamiento a espacios de tratamiento y atención. Ello se ve reforzado por la ausencia de espacios que trabajen desde una perspectiva de género y contemplen las condiciones particulares que asume el trabajo con mujeres (embarazos, hijas e hijos a cargo, situaciones de violencia de género, estigmatización, etcétera). En este sentido, las situaciones de violencia de género impactan en las problemáticas de consumo, aumentando los riesgos y daños asociados a las prácticas y agravando el padecimiento en ambos sentidos.

Por otro lado, la adopción de una perspectiva de género implica tener en consideración las consecuencias de las intervenciones realizadas con varones, ya que muchas veces se delega en las mujeres (madres, esposas, hermanas) las tareas de acompañamiento y cuidado, reforzando así la sobrecarga laboral que pesa sobre ellas.

La adopción de una perspectiva de género significa, también, contemplar los modelos de masculinidad que se promueven, así como desarrollar un trabajo inclusivo con las poblaciones de la diversidad de género y sexual, que no refuerce prejuicios heteronormativos. Para ello, resulta importante diagnosticar, en cada territorio, la situación de exclusión de las disidencias, crear acciones de accesibilidad a los servicios de acuerdo con la realidad local y promover miradas inclusivas en la comunidad. A su vez, requiere del armado de redes claves, tanto institucionales como comunitarias, para dar respuestas en situaciones de urgencia, pero también en procesos de restitución de derechos.

4.2.8 | ENFOQUE INTERCULTURAL

El enfoque intercultural implica diseñar estrategias que tomen en consideración la diversidad. En este sentido, se diseñan acciones concretas que respetan y acompañan las diferencias culturales; de este modo, se recuperan y valorizan prácticas y saberes de la vida cotidiana de la comunidad.

Es necesario y prioritario considerar las realidades de cada comunidad, los sentidos atribuidos a sus prácticas, para construir los diagnósticos y las estrategias de intervención desde un modelo participativo y comunitario, que tome en consideración y respete las particularidades de cada contexto. Atender a la diversidad de culturas implica una

revisión de los encuadres de las propuestas teniendo en cuenta la historia, la modalidad de vinculación, los sentidos diversos de las acciones cotidianas y los lazos construidos en comunidades específicas dentro de un mismo territorio, de un mismo barrio.

La perspectiva intercultural se constituye como una obligación en la búsqueda de consolidar políticas públicas territoriales, universales e inclusivas. Ello no se da sin conflictos, ya que existen relaciones de poder históricas entre las diferentes culturas, que deben ser permanentemente cuestionadas a fin de lograr procesos de inclusión que no busquen borrar las diferencias sino reconocerlas y construir, a partir de ellas, nuevos sentidos compartidos que permitan un aporte en la generación de lazos comunitarios.

4.3 | DIMENSIONES DEL ABORDAJE TERRITORIAL INTEGRAL

En función de los principios rectores descriptos en el apartado anterior, el abordaje territorial integral promovido por la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico de la Subsecretaría de Abordaje Integral de la Sedronar trabaja desde un conjunto de dimensiones que, de manera articulada, se propone favorecer el acceso a los derechos de los sujetos que concurren a los diferentes dispositivos territoriales.

Tal como se ha analizado en los apartados precedentes, el consumo problemático responde a la conjunción de diversos factores, pluridimensionales y es por ello que reviste complejidad. Las poblaciones que acuden a los dispositivos territoriales de la Dirección, en general, presentan diversas vulnerabilidades. Por lo tanto, desde un enfoque basado en los derechos humanos, resulta necesario identificar dichas situaciones de vulnerabilidad para delinear estrategias de intervención territorial que contemplen la resolución de diversas temáticas.

El modelo prioriza la reducción de las situaciones de riesgo a las que pueden estar expuestas las personas, a la vez que se enfoca en la promoción de la salud a nivel grupal y no en la mera asistencia individual (Capriati y otros, 2015; Milanese, 2013). De esta forma, se prioriza la salud comunitaria, que contempla lo colectivo y atiende a la singularidad de cada caso, como superación de la lógica "individual". Estos esquemas de trabajo recuperan la relación de las personas con sus comunidades y contextualizan el consumo de drogas en el marco de un problema colectivo y no individual (Kornblit y Camarotti, 2015).

De acuerdo con este enfoque, desde la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico se han delineado las intervenciones en materia de protección de derechos y reducción de vulnerabilidades en cuatro dimensiones: promocional, asistencial, educativa, laboral y legal. A continuación, se describe cada una de ellas.

4.3.1 | DIMENSIÓN ASISTENCIAL

La dimensión asistencial es transversal a todas las acciones propuestas desde los dispositivos territoriales; su desarrollo particular en este apartado responde a una cuestión analítica. Esto quiere decir que los talleres y las propuestas promocionales sostienen un encuadre potencialmente terapéutico. La potencia terapéutica implica que las experiencias y propuestas se conforman de manera estratégica, con el objetivo de aliviar el padecimiento y/o de ampliar las oportunidades de acceso a tratamiento. En este sentido, el trabajo interdisciplinario implica otorgar, a cada propuesta y estrategia que se diseña, el estatuto de *intervención* en tanto se observa algún efecto en los grupos o sujetos, es decir, efectos colectivos o singulares. Una estrategia se conforma como intervención a partir de los cambios que se puedan observar en las posiciones de quienes transitan los espacios conformados con esa intencionalidad.

Cabe destacar que los DIAT cuentan con espacios de consultorio, y responden a prácticas más vinculadas a las modalidades de asistencia históricas, con encuadres estructurados de salud. Sin embargo, el encuadre de entrevistas de escucha, la lectura de riesgos y el diseño de estrategias singulares de circulación por redes institucionales de mayor complejidad no se circunscriben a lugares físicos predeterminados. La respuesta a la conformación de demanda de tratamiento para personas usuarias que no registran la situación de padecimiento, así como la demanda espontánea de tratamiento, cobra diversas modalidades de presentación en dispositivos territoriales.

En este sentido, la inserción comunitaria favorece la circulación de personas por los espacios. La presencia de un equipo interdisciplinario tiene como función detectar situaciones de riesgos ciertos o potenciales y dar curso a un tratamiento, con particularidades respecto del caso a caso, y enmarcado en un abordaje profesional como acceso al sistema de salud.

En estos dispositivos, el equipo interdisciplinario orienta su trabajo insertándose en duplas o tríadas con talleristas, docentes y operadoras u operadores con la finalidad de generar circuitos de trabajo, vehiculizados por los lazos afectivos que los referentes suelen establecer con las personas usuarias. La apuesta mayor es la consolidación de equipos diversos que funcionen como referentes comunitarios, más allá del rol y de la profesión que cada integrante desempeñe en el equipo y que, en ese vínculo, se generen oportunidades de asistencia integral para el acceso, el ejercicio y la restitución de los derechos.

En este marco, se diseñan estrategias de implicación de las personas usuarias que se encuentran en situaciones de exposición a riesgos, que recurrentemente se encuentran no visibilizadas. Estas estrategias se pueden dar en el marco de un taller, en intercambios en un espacio público, mediante una visita domiciliaria o durante el acompañamiento para acceder a un turno para tramitar un dni. Estas variantes, recurrentes

en el trabajo cotidiano, dan cuenta de la diversidad de los espacios y de la flexibilidad necesaria para el abordaje de la problemática, la cual contempla *siempre* el encuadre ético-profesional.

La demanda espontánea, en cambio, se atiende comúnmente en espacios más estructurados: entrevistas en consultorios realizadas por equipos interdisciplinarios en las que se lleva adelante un proceso de construcción de diagnóstico integral –de acuerdo con la situación de acceso a derechos–; a partir de ese diagnóstico, se derivan las sugerencias clínicas acordes a cada caso.

Es importante señalar que, aún en escenarios diversos, se lleva a cabo el proceso de consentimiento informado por medio del cual se informa a las personas acerca de cada una de las acciones que propone el equipo. Los acuerdos realizados se dejan plasmados en la historia clínica (hoja de ruta) tal como lo indica la Ley sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

La práctica comunitaria requiere de la flexibilización de los encuadres de intervención, dada la variabilidad de espacios, actores intervinientes, problemáticas y líneas de acción que en ella confluyen. De este modo, se amplían los escenarios posibles de asistencia, conformando redes con los dispositivos de mayor complejidad (psiquiatría, internación en salud mental, entre otros) a fin de atender en el proceso del abordaje a la gradualidad y a los niveles de riesgos que implica cada situación y cada sujeto, bajando los umbrales de accesibilidad al sistema.

4.3.2 | DIMENSIÓN PROMOCIONAL

Los dispositivos territoriales de la Sedronar ofrecen una variada gama de propuestas comunitarias cuyo objetivo principal consiste en promover la participación comunitaria para sensibilizar y motivar a las personas y sus comunidades en la definición de las *situaciones problema*, así como también en los procesos de resolución de esas situaciones. Implica propiciar espacios de encuentro de los agentes de los dispositivos con la comunidad, en los que se inician los procesos de intercambio que abren camino a posibles intervenciones, trayectos singulares, acciones comunitarias, entre otros. Forman parte de esta dimensión todos los talleres, festivales y encuentros comunitarios que incluyen actividades culturales, artísticas, deportivas y recreativas.

Las actividades promocionales se proponen como experiencias colectivas que colaboran en la construcción de una identidad común y facilitan espacios de pertenencia, encuentro, creación conjunta y corresponsabilidad. Son propuestas que tienen sentido para la comunidad, es decir, que el carácter local de cada territorio le da su impronta e identidad al espacio. Si bien la dimensión promocional tiene principios rectores de trabajo comunes en todos los dispositivos, contempla la singularidad de cada barrio; esto posibilita que cada actividad pueda ser apropiada por la comunidad.

Se trata de propuestas singulares, que invitan a las personas usuarias a inaugurar un proceso de trabajo conjunto con los equipos profesionales, con el objetivo de establecer un vínculo que posibilite el encuentro, el disfrute, el aprendizaje conjunto, el acompañamiento. Por tratarse de actividades con bajo umbral de accesibilidad, las personas usuarias, en ocasiones, encuentran en las propuestas promocionales un lugar de referencia, e incluso posibilitan el inicio y acompañamiento de trayectos singulares. Establecer un proceso de trabajo con cada usuaria o usuario, mediante una actividad específica de taller, permite desarrollar modos sensibles y permeables para atender la singularidad de cada persona. Permite, también, ampliar la red vincular y observar cómo la persona interacciona en grupo. Entonces, lo individual y lo grupal entran en juego. Además, este proceso de trabajo posibilita no solo ir escuchando la voz de los usuarios y usuarias sino, además, ir leyendo conductas, acciones y gestos que marcan el camino, la cercanía y la distancia de las intervenciones.

Para este trabajo resulta indispensable un abordaje interdisciplinario. Las actividades promocionales son coordinadas por una dupla o trío de trabajo conformada por el o la tallerista y una persona integrante del equipo técnico y/o una o un operador territorial. Estas duplas o tríos dirigen, planifican y evalúan los espacios de taller.

Para este trabajo resulta indispensable un abordaje interdisciplinario. Las actividades promocionales son coordinadas por una dupla o trío de trabajo que está conformada por el o la tallerista y por un integrante del equipo técnico y/o un integrante del equipo de operadores territoriales, quienes dirigen, planifican y evalúan los espacios de taller.

En definitiva, se trata de pensar los espacios promocionales como elementos inspiradores, que potencian la creatividad y la salud; como lugares de encuentro con *otros* que propician la construcción de un *nosotros*, a partir de propuestas en las que se ponen en juego la capacidad creadora y la posibilidad de construir otras trayectorias posibles.

En esta línea, la dimensión promocional crea condiciones para favorecer la *accesibilidad* a partir de bajar los umbrales de exigencia y de promover la *participación comunitaria*, en tanto espacio abierto, no estigmatizado, que favorece la inclusión de acuerdo con las realidades locales.

4.3.3 | DIMENSIÓN EDUCATIVA

La dimensión educativa constituye un espacio privilegiado de intervención en el marco de un abordaje integral del consumo problemático, ya que habilita la recuperación del deseo de aprender y construir un proyecto de vida con nuevos horizontes.

La educación como derecho, como igualadora de oportunidades, es una dimensión destacada en cada dispositivo territorial, ya que impulsa la constitución y el desarrollo de espacios en los que se incorporan herramientas inclusivas que aporten –mediante la promoción y restitución de derechos– al desarrollo y a la construcción de un proyecto de vida propio.

Por este motivo, se busca que la dimensión educativa –desde una perspectiva integral, coherente y articulada con el resto de las dimensiones– se materialice en espacios significativos que pongan el acento en la recomposición del vínculo con el aprendizaje y en el fortalecimiento del proceso educativo *real* de personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad de derechos y/o consumo problemático.

La dimensión educativa se propone desarrollar actividades orientadas a la construcción de espacios y a generar las condiciones para recuperar y fortalecer el deseo de aprender: poniendo en práctica lo aprendido, posibilitando nuevos aprendizajes relevantes y significativos, así como la expresión, el intercambio, la reflexión sobre sí mismo y el pensamiento crítico.

Los espacios educativos buscan ser inclusivos social y pedagógicamente. No solo se incorporan saberes para la formación futura, sino que se recuperan los actuales, los relevantes y significativos, que contribuyan a la construcción y al fortalecimiento de un proyecto de vida, reconociendo a las y los adolescentes, los jóvenes y los adultos como sujetos de derechos. De esta forma, se promueve un proceso de aprendizaje situado, donde el contexto personal, social y comunitario no se separe del proceso de fortalecimiento educativo. Para lograr esto, se utilizan estrategias flexibles y diversas, que combinan aprendizajes con innovación y creatividad, en los que el protagonismo lo tengan las y los jóvenes participantes.

Algunas de las actividades que se realizan en el marco de la dimensión educativa son: apoyo escolar, talleres de alfabetización, talleres literarios, espacios y talleres de educación sexual integral, articulación con el sistema educativo formal apoyada en la construcción de una pedagogía del territorio; acompañamiento por medio de la enseñanza de técnicas de estudio, encuadre y organización; promoción de espacios que fortalezcan las trayectorias educativas por medio de saberes básicos, relevantes y significativos; realización de actividades de educación no formal que puedan resultar de interés para las y los jóvenes, entre otras.

4.3.4 | DIMENSIÓN LABORAL

Desde una visión social, económica y legal se considera que el trabajo es un derecho fundamental para el desarrollo de los sujetos en términos de inclusión y participación comunitaria. El trabajo se constituye como articulador social.

De esta forma, el ámbito del trabajo adquiere importancia en el marco de la promoción y restitución de derechos al ser incluido como parte de un conjunto de propuestas específicas como: oficinas de empleo, centros de formación profesional, talleres protegidos, programas de empleo con apoyo, emprendimientos sociales, cooperativas de trabajo, hospital/centro de día con propuestas de inserción ocupacional en el ámbito del trabajo.

Gran parte de la población que transita los diversos espacios de los dispositivos territoriales ha vivido una histórica vulneración de sus derechos; en particular, se ha visto excluida su participación en ocupaciones necesarias y/o significativas debido a factores que se encuentran fuera de su control inmediato y el de su comunidad.

El *trabajo* se define como aquellas acciones que transforman real o simbólicamente la realidad y que, en ese acto, algo del sujeto también se transforma, por lo tanto, lo implica. No obstante, el acceso a un empleo no siempre está vinculado a estas transformaciones, sino que responde, muchas veces, a la necesidad de contar con un ingreso económico como medio de sustento. En este sentido, atender a la singularidad de cada caso implica considerar propuestas de trabajo individualizadas, abiertas y contextualizadas a la vida de cada participante. El abordaje integral debe promover la construcción y reconstrucción de herramientas que le permitan al sujeto el desarrollo de proyectos ocupacionales. De esta forma, se promueve la participación en espacios colectivos que potencien la creatividad y el desarrollo de intereses, apuntando a un *más allá* de la búsqueda de herramientas específicas para acceder a un empleo.

Particularmente cuando el consumo es problemático y se ubica como única respuesta al padecimiento, impacta en las posibilidades de sostener un empleo, una ocupación o una actividad, cualquiera sea, que lo implique subjetivamente. Por lo tanto, el diseño de una estrategia de abordaje integral debe ser colaborativo para encontrar un lugar que garantice el pasaje y el contacto del sujeto con el ámbito del trabajo.

Es por esto que los dispositivos territoriales de la Sedronar cuentan con espacios de circulación y redes locales de inclusión que promueven el desarrollo de herramientas de inserción sociolaboral y hábitos laborales solidarios a la construcción de proyectos ocupacionales perdurables en el tiempo. El fin es promover procesos de autonomía sustentados en saberes previos y potenciales de los usuarios, logrados por medio de experiencias individuales y colectivas que les permitan desplegar sus intereses y volver a conectarse con aspectos de su historia vital vinculada al trabajo.

Entre los recursos y redes diseñados por los dispositivos se han promovido experiencias como cursos de capacitación y entrenamiento en oficios; cursos y entrenamientos laborales en herramientas para el empleo y el desarrollo de competencias laborales; acompañamiento y promoción de proyectos a emprendedores, acompañamiento de inclusiones al empleo formal, entre otras. Para lograr dichas acciones, los dispositivos buscan formar parte de las redes de empleo y capacitación laboral de cada uno de los territorios, vinculándose con instituciones a nivel nacional, provincial y/o local, mediante la participación en programas específicos promovidos por cada una de las áreas tanto del ámbito gubernamental como no-gubernamental.

Cabe destacar que la dimensión laboral, al igual que todas las dimensiones de los dispositivos, se vale de herramientas que las personas usuarias construyen en otros

espacios en los que se fomenta la participación, los vínculos colectivos, la vinculación con el deseo y los acompañamientos en las acciones vinculadas al ejercicio de derechos, condiciones todas que son claves para el acceso al campo del trabajo.

4.3.5 | DIMENSIÓN LEGAL

La universalidad de los derechos humanos implica necesariamente la creación de circuitos y herramientas para garantizar su ejercicio; en este sentido, la dimensión legal se erige como fundamental para generar estrategias de inclusión comunitaria. Esta dimensión tiene como objetivo facilitar el entendimiento del vocabulario complejo de los actores del sistema legal, así como también los métodos técnicos, a efectos de generar mayor posibilidad de participación.

Asimismo, la dimensión legal se constituye como un eje dentro de las disciplinas que conforman el abordaje integral de la salud, ya que promueve un rol activo de las personas en el ejercicio y el cumplimiento de sus obligaciones, así como también el diseño de estrategias que permitan la protección integral de los derechos.

En relación con los dispositivos territoriales de la Sedronar, esta dimensión se despliega en dos ejes: por un lado, las *actividades de vinculación* entre los dispositivos y el sistema judicial –en sus distintos fueros (penal y civil) y niveles (federal y provincial)– con el fin de promover el acceso a la justicia; por el otro, el diseño del abordaje que atienda a la integralidad de las situaciones singulares –que requieren un diagnóstico situacional de acceso y ejercicio de los derechos– teniendo en consideración las herramientas institucionales y los recursos locales de cada territorio, con el objetivo de reducir el umbral de exigencia que implica el acceso al sistema judicial.

De este modo, las acciones específicas de esta dimensión requieren instar a un proceso de articulación con los actores judiciales de cada territorio en términos de *corresponsabilidad* con el fin de generar estrategias posibles para el acompañamiento de las personas usuarias en el ejercicio efectivo del derecho a ser oídos. Tal como se refiere la onu en relación con el “acceso a la justicia” en el Estado de derecho “sin acceso a la justicia, las personas no pueden hacer oír su voz, ejercer sus derechos, hacer frente a la discriminación o hacer que rindan cuentas los encargados de la adopción de decisiones”.

En el ámbito penal, surge la figura de la defensa pública, como representante legal de los usuarios en el proceso judicial, lo cual impone la necesidad de unificar criterios y recursos para el acompañamiento de las personas usuarias. Para cumplir con este fin, los equipos interdisciplinarios de los dispositivos son acompañados por referentes del área legal en el proceso de apropiación de las estrategias judiciales. Estas acciones quedan materializadas en informes interinstitucionales que buscan dar cuenta de las estrategias diseñadas junto a las personas usuarias y los actores intervinientes en el proceso.

La obligatoriedad de cumplir una medida y/o potenciar acciones por medio de los juzgados como intervención posible de la ley es considerada, desde la dimensión legal, como una oportunidad de poner en marcha la implicación subjetiva, es decir, generar instancias en las que la persona pueda asumir una responsabilidad respecto a su problemática. De este modo, la dimensión legal se transforma en un recurso del abordaje integral para facilitar el acceso a tratamiento de sujetos que no han tenido posibilidad de problematizar su situación. La construcción subjetiva marcada por la exclusión de las redes institucionales y afectivas requiere de un acompañamiento específico para la construcción de la demanda de tratamiento.

Estos espacios interdisciplinarios generan condiciones de posibilidad para un movimiento subjetivo, es decir, un cambio de posición respecto del padecimiento, que pueda ubicar a la sustancia *en otro lugar* para reducir los riesgos y daños del consumo. De esta forma, el acompañamiento de la dimensión legal se inscribe como una práctica de cuidado en términos de salud integral, favoreciendo instancias de construcción ciudadana.

Las acciones que se enmarcan en la dimensión comprenden la recepción y respuesta de oficios; la articulación con defensores oficiales en lo penal y con defensores y asesores en lo civil; la participación en las mesas de intercambio con las autoridades competentes en el fuero de responsabilidad penal juvenil; el seguimiento a usuarias y usuarios con conflictos legales; el acompañamiento y la implementación de acciones para la restitución de derechos vulnerados (amparo, *habeas corpus*, etc.), entre otras.

4.4 | DISPOSITIVOS DE ABORDAJE TERRITORIAL

Los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT) y los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC) se implementaron como dos respuestas estratégicas y complementarias para el abordaje de los consumos problemáticos. De esta manera, los dispositivos de abordaje territorial iniciados en 2014 se reconfiguraron para darle un carácter de integralidad a las experiencias. Si bien cada uno de los dispositivos tiene su especificidad, ambos apuntan a dar respuesta a históricas demandas en relación a esta problemática.

Desde estos dispositivos se privilegia facilitar la *accesibilidad* de las personas usuarias al sistema de salud desde una perspectiva centrada en la promoción de derechos. Por ello, una de las principales características de estos dispositivos ha sido su anclaje en el territorio, no solo para llegar a la población que históricamente quedaba por fuera del sistema de salud, sino también para que esa llegada sea acorde a las particularidades de cada realidad local.

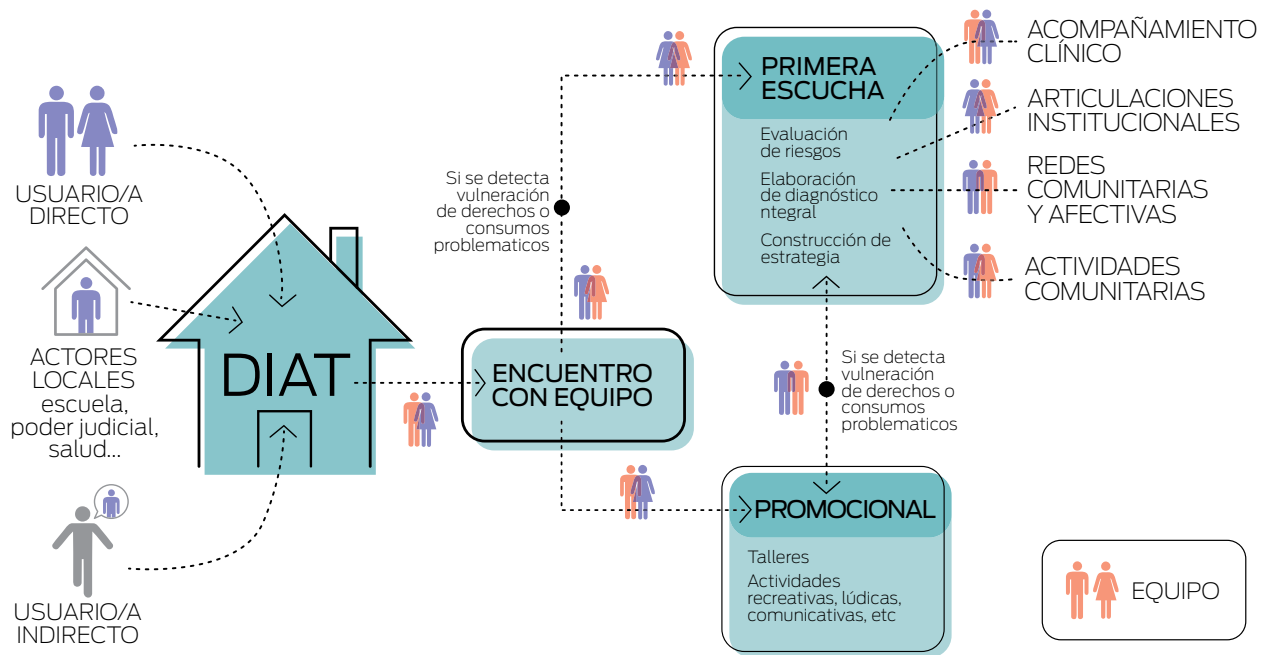
En este contexto, las acciones que se llevan a cabo en dichos dispositivos propician espacios con un *umbral mínimo de exigencia* y apuntan a reducir las múltiples vulnerabilidades a las que están expuestos los sujetos que allí residen. Además, la perspectiva de trabajo en ambos dispositivos promueve una mayor accesibilidad y ejercicio de los derechos de cada ciudadano favoreciendo la inclusión comunitaria. En este sentido, ambos apuntan a generar estrategias de prevención y abordaje del consumo problemático a partir de la conformación de redes que involucren instituciones públicas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y referentes de la comunidad local, con el objetivo de fortalecer la articulación entre los diferentes actores.

Ambos dispositivos tienen como objetivo principal el abordaje territorial integral de los consumos problemáticos orientado a la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos como procesos potencialmente terapéuticos. Asimismo, sus objetivos específicos son:

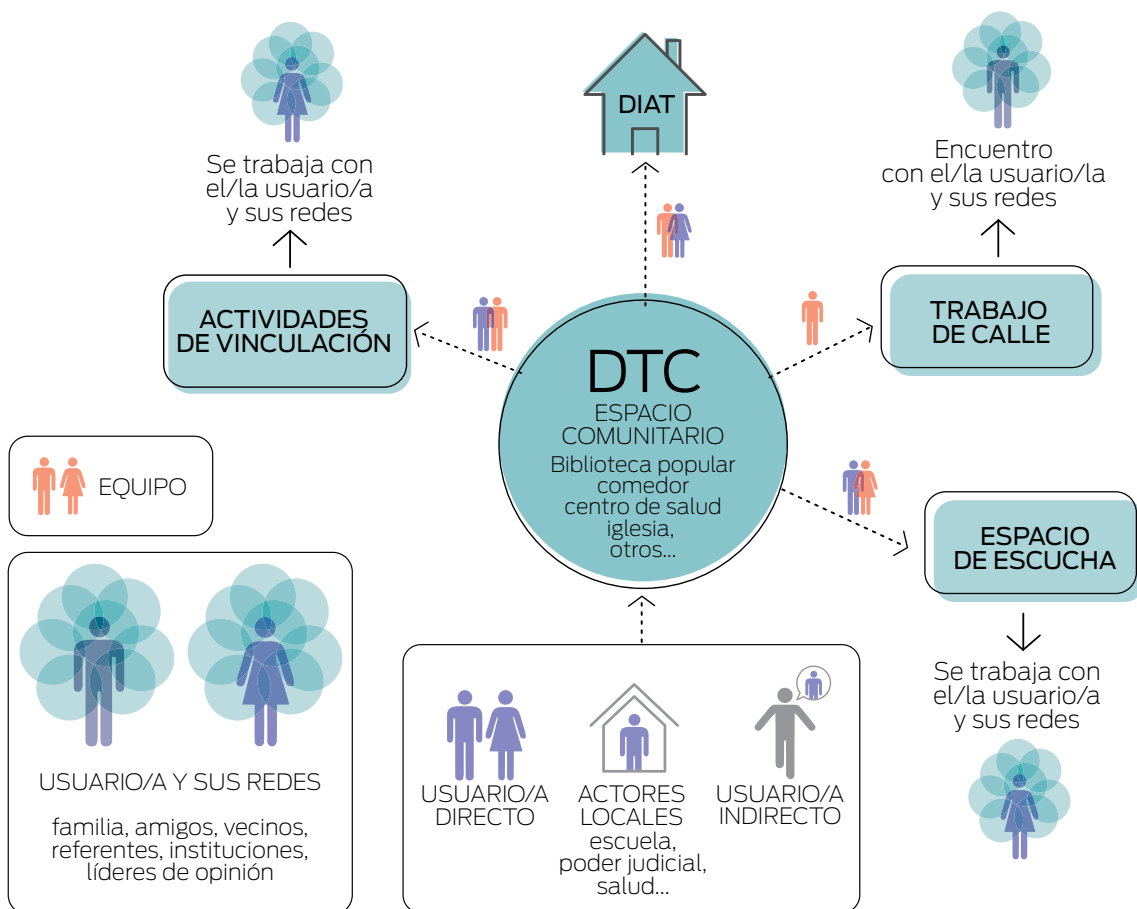
- Propiciar espacios de bajo umbral de acceso que promuevan prácticas integrales en el abordaje de los consumos problemáticos desde una perspectiva de reducción de vulnerabilidades;
- Generar estrategias comunitarias de promoción y asistencia integral;
- Contribuir al fortalecimiento de las redes territoriales que promuevan el acceso a derechos de la comunidad en general;
- Promover la reorganización de los recursos comunitarios, con el fin de incrementar sus competencias en materia de prevención y contención en relación con los consumos de sustancias y situaciones críticas asociadas;
- Facilitar la accesibilidad de la comunidad al sistema de salud integral y a los servicios de promoción y protección de derechos;
- Medir y evaluar los procesos comunitarios mediante la implementación de distintas herramientas metodológicas.

A continuación, se describen las características y particularidades de cada uno de los dispositivos.

CIRCULACIÓN DE LOS/AS USUARIOS/AS POR EL DIAT

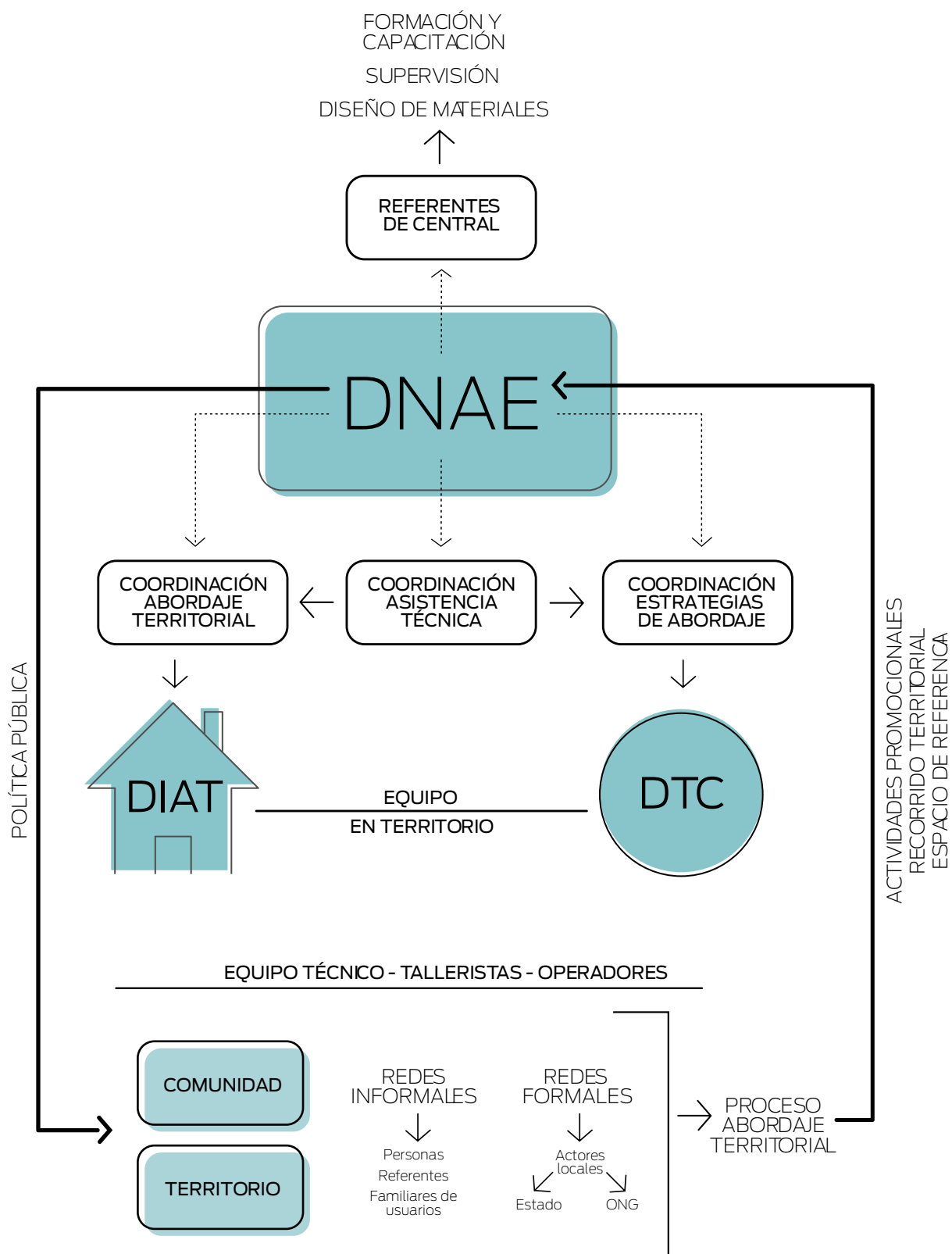


CIRCULACIÓN DE LOS/AS USUARIOS/AS POR EL DTC



Fuente: Sedronar.

ESTRUCTURA DE LA DNAE



4.4.1 | DISPOSITIVOS INTEGRALES DE ABORDAJE TERRITORIAL

Orígenes y fundamentación. La creación de los DIAT surge como parte de la reestructuración de la Sedronar y las nuevas funciones atribuidas a la **Subsecretaría de Abordaje Integral y a la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico**.

Uno de los principales desafíos de los DIAT fue poder superar las dificultades relacionadas con la consolidación del abordaje integral como política pública. Fue por ello que aquellos dispositivos existentes en los territorios –las CET, los CEPLA y el programa PAÍS– se fusionaron y unificaron para poder brindar, en un mismo dispositivo, las tareas destinadas a la prevención, la promoción, la inclusión comunitaria y la asistencia que, hasta entonces, se ofrecían de manera fragmentada.

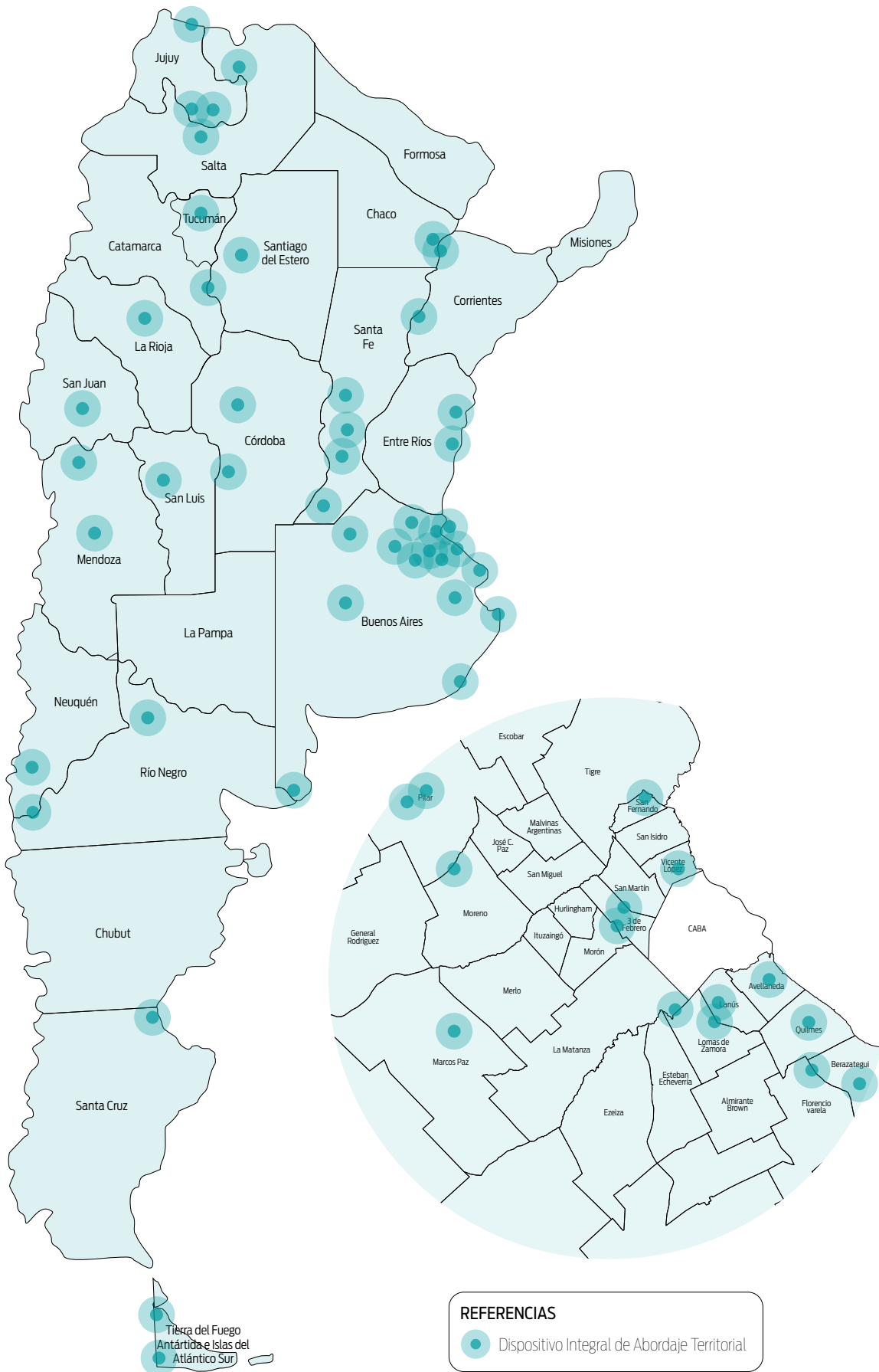
Los DIAT pueden ser definidos como centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio, para personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social atravesadas por el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

La Resolución N° 150 de 2017 que dio origen a los DIAT fundamenta la necesidad de su creación en la idea de que “toda estrategia de abordaje integral debe ser específica, acorde a la singularidad y proyectos de cada persona”; esta concepción de origen permite la continuidad y el fortalecimiento de las redes afectivas, familiares, laborales, educativas y comunitarias.

Localización e infraestructura. En la actualidad existen 61 DIAT localizados en 19 provincias del país, de los cuales 27 funcionan en edificio propio construido o reciclado con el objetivo de alojar a los equipos. Estos fueron diseñados como espacios multipropósitos que cuentan con áreas de deportes (canchas de fútbol, vóley, gimnasio, ring de box), culturales (microcine, aulas taller), educativas (sala multimedia, aulas), asistencia (consultorios, zona de descanso); además, en todos se pueden encontrar cocinas-taller, espacios de usos múltiples y espacios verdes para la instalación de huertas y jardinería en general.

El resto de los dispositivos se instalan en espacios acordados con la cogestión local, intentando que se acerquen lo más posible al ideal propuesto. De esta forma, se encuentran dispositivos ubicados en centros integradores comunitarios, espacios comunitarios y similares, que permitan el fácil acceso y la participación comunitaria.

LOCALIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS INTEGRALES DE ABORDAJE TERRITORIAL (DIAT) EN LA REPÚBLICA ARGENTINA



DISPOSITIVOS INTEGRALES DE ABORDAJE TERRITORIAL EN EL TERRITORIO ARGENTINO

PROVINCIA	CANTIDAD
BUENOS AIRES	24
CABA	1
CHACO	2
CÓRDOBA	2
CORRIENTES	2
ENTRE RÍOS	2
JUJUY	4
LA RIOJA	1
MENDOZA	2
MISIONES	1
NEUQUÉN	1
RÍO NEGRO	3
SALTA	2
SAN LUIS	1
SANTA CRUZ	1
SANTA FE	7
SANTIAGO DEL ESTERO	2
TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR	2
TUCUMÁN	1
TOTAL GENERAL	61

Fuente: Sedronar.

Modalidad de intervención. A diferencia de las prácticas más habituales de asistencia con relación al consumo problemático, prácticas que han encontrado límites en la accesibilidad de las y los usuarios a los servicios de salud¹, los DIAT proponen una *intervención asistencial* en términos integrales. Es decir, en lugar de plantearse como primer objetivo del tratamiento la abstención y/o eliminación del consumo de sustancias, la asistencia refiere a la posibilidad de brindar respuestas que logren ubicar cierto *límite al padecimiento*² ocasionado por históricas vulneraciones de derechos que imposibilitan la construcción de proyectos y, por ende, la inclusión comunitaria.

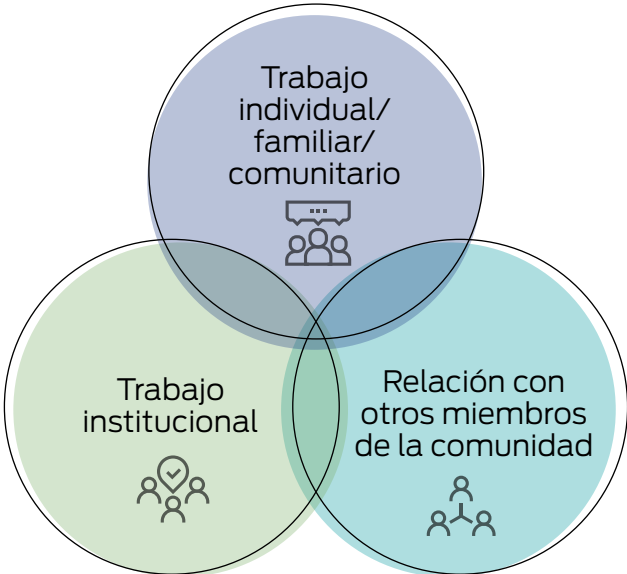
¹ En la Argentina, las comunidades terapéuticas y los hospitales que atienden la temática de las adicciones plantean esquemas de tratamientos que, en general, no consideran el anclaje barrial y social de las personas que se encuentran en tratamiento. Como consecuencia, cuando las personas culminan los procesos de tratamiento, en pocas ocasiones cuentan con herramientas que les permitan regresar a sus territorios y contextos (Ramírez, 2016).

² La Ley Nacional de Salud Mental refiere que el alivio del padecimiento mental (sufrimiento psíquico prolongado) requiere del reconocimiento de componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos facilitando una dinámica de construcción social relacionada al ejercicio de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Para lograr dicho objetivo los DIAT cuentan con equipos conformados por actores locales que funcionan como referentes de la propia comunidad. Esta estrategia facilita el contacto con la población de cada barrio mediante los vínculos que ya traían construidos previo al dispositivo. Las actividades que realiza el equipo –ya sea dentro o fuera del propio dispositivo– son una oportunidad para entrar en contacto con las personas de cada comunidad. A la vez que el equipo acompaña trayectorias singulares, se afianzan lazos con la comunidad, así como también procesos colectivos. Estas acciones estratégicas sostenidas en el contacto y la construcción vincular generan condiciones para que los equipos propicien espacios de escucha que permitan la construcción de diagnósticos territoriales y singulares.

A partir de estos procesos el equipo se orienta en la construcción, visibilización o fortalecimiento de las redes comunitarias. De este modo, las intervenciones consisten en la realización de un trabajo en el terreno que implica un anclaje y un reconocimiento territorial que habilite la visibilidad de los problemas de la comunidad y que permitan focalizar las acciones a la resolución de necesidades incipientes dentro de la misma, a la vez que promueve lazos de confianza y reconocimiento (Ramírez y Bordoni, 2018).

MODELO DE TRABAJO EN LOS DIAT



Fuente: Ramírez y Bordoni (2018)

Reconocer los afectos de las personas usuarias, sus posibilidades de estar inscriptas en espacios con otros y su circulación por instituciones o espacios colectivos, posibilita encontrar los recursos para el acompañamiento en procesos de restitución y ejercicio de derechos.

La especificidad de la asistencia integral –que no solo se desarrolla en ámbitos clásicos de intervención (un consultorio, por ejemplo), sino también en cualquier espacio de encuentro– está signada por momentos no cronológicos pero que marcan tiempos de intervención en los planes de abordaje.

Uno de estos momentos está constituido por la *primera escucha*, definida como el proceso de construcción de demanda, a cargo del equipo interdisciplinario, y que tiene como objetivo la contextualización del pedido de intervención a partir de una lectura integral de la problemática. En este primer momento el equipo realiza una *lectura de riesgos* mediante una escucha activa y comprometida, a partir de la cual se determina si existe *riesgo cierto o inminente*; si existe *riesgo por fuera de las prácticas de consumo*; y/o si existe *riesgo asociado a las prácticas de consumo*. Esta clasificación se impone a los fines de comprender que, en muchas situaciones, más allá de que el pedido de intervención se vincule al consumo de sustancias, las personas pueden estar expuestas a riesgo cierto o inminente por otras problemáticas que requieren intervenciones muchos más urgentes, como pueden ser las violencias de género, abuso sexual infantil o el padecimiento mental sin tratamiento, entre muchas otras.

A partir de ubicar la situación respecto de estos riesgos, se construye interdisciplinariamente el diseño de las estrategias. La presencia o no de riesgos no orienta linealmente las intervenciones, sino que se delinea un proceso que involucra la lectura de aspectos observables y fenomenológicos, a partir de la escucha específica de las y los profesionales de la salud.

A su vez, cada estrategia es planteada reconociendo el posicionamiento del dispositivo en las redes, promoviendo las articulaciones necesarias en las dimensiones que lo conforman y en los recursos locales. Las estrategias son acompañadas con una constante lectura interdisciplinar e interactoral de sus efectos en las personas usuarias, proceso que posibilita el diseño y redireccionamiento de las trayectorias de los planes de abordaje.

Las propuestas y sus encuadres siguen objetivos específicos según las necesidades y disciplinas intervinientes que se consideren para cada situación, articulando la dimensión asistencial en estos procesos. Los espacios que desarrollan propuestas formativas, tanto educativas, culturales y deportivas como artísticas y recreativas tienen como objetivo general la promoción de derechos y la construcción de oportunidades para la inclusión social, así como también la lectura de situaciones de riesgo que no han sido problematizadas por las personas afectadas.

Tal como lo describe uno de los equipos “se trata de generar espacios adecuados por donde la persona pueda circular, realizar actividades o compartir un momento, ser recibido, mirado, escuchado”³.

En este sentido, se llevan a cabo *estrategias comunitarias de promoción y asistencia*, que permiten dar respuestas integrales a los consumos problemáticos a la vez que contribuyen al fortalecimiento de redes territoriales que garanticen el acceso al ejercicio de derechos, con acciones específicas para niños, niñas, adolescentes, jóvenes, mujeres y población trans en el marco de la corresponsabilidad.

Los DIAT forman parte de las redes comunitarias y trabajan en conjunto con centros de salud, hospitales, comunidades terapéuticas, instituciones educativas, organismos de protección de derechos, espacios culturales, deportivos, centros de acceso a la justicia, etcétera. Se privilegia de ese modo la circulación por redes institucionales e intersubjetivas, involucrando actores locales, referentes territoriales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Sus intervenciones tienden así a identificar y reforzar los recursos disponibles y minimizar los factores de vulnerabilidad de cada comunidad.

Los DIAT son cogestionados por la Sedronar y algún actor local (gobiernos provinciales, municipales, organizaciones de la sociedad civil). Mientras la Sedronar brinda los lineamientos generales, las capacitaciones y recursos humanos, la cogestión local aporta los materiales para el quehacer cotidiano (alimentos, útiles escolares, elementos deportivos, etcétera), el mantenimiento de la infraestructura y, en algunos casos, recursos humanos. Este trabajo en conjunto fortalece a estos dispositivos, ya que mientras la Sedronar aporta la mirada de las políticas integrales sobre drogas –como organismo rector en política– y los lineamientos de intervención generales, los municipios y organizaciones suman la mirada local, anclada en las problemáticas de ese territorio o comunidad en particular. Esto se plasma en los convenios de cogestión firmados con los municipios, gobiernos provinciales y/u organizaciones no gubernamentales.

Este trabajo de cogestión forma parte de lo que en el marco de los estudios sobre política pública se define como *gobernanza*. Este concepto hace alusión a la articulación en un territorio de la participación tanto de actores gubernamentales de distintos ámbitos (nacional, provincial y municipal), como de diferentes actores de la sociedad civil (organizaciones sociales, políticas, religiosas, académicas, etcétera) (Ziccardi, 2008). La gobernanza es definida como “una nueva forma de gobernar, más cooperativa, en la que las instituciones públicas y las no públicas, actores públicos y privados, participan y cooperan en la formulación y aplicación de la política y las políticas públicas” (Mayntz, 2001). Agustí Cerrillo i Martínez distingue cinco principios fundamentales de

3 Fragmento de la ponencia presentada por el equipo del DIAT Mar del Plata “Casa Caracol”: “Abordaje territorial y acceso a derechos en los consumos problemáticos de sustancias”, en el 1^{er} Congreso de Salud Mental, Tandil 2017.

una buena gobernanza: la participación, la transparencia, la rendición de cuentas, la eficacia y la coherencia. De esta forma, la gobernanza implica entender que para la correcta implementación de una política pública es necesaria la cogestión con otras instituciones y con los actores presentes en el territorio.

Conformación de los equipos de trabajo. El equipo de trabajo de cada DIAT se compone por un referente territorial de dispositivo, un equipo técnico (integrado por profesionales del ámbito de la psicología, trabajo social, psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional, entre otras disciplinas), operadoras/es y talleristas/docentes. A su vez, el equipo es acompañado desde el nivel central por un/a referente técnico/a de abordaje territorial, y un/a referente técnico/a de asistencia técnica. Las y los *referentes territoriales* de los DIAT tienen como función la coordinación de los equipos territoriales, la gestión de los recursos necesarios para el dispositivo y la articulación entre la Sedronar y la contraparte local. Están a cargo de la conducción del dispositivo, lo que implica propiciar su participación en las redes institucionales y comunitarias locales, la planificación de las actividades de los DIAT en conjunto con los equipos de trabajo, la visión conjunta de las prácticas llevadas a cabo en territorio, y el intercambio constante con los referentes del nivel central con el objetivo de revisar, ampliar y/o construir las estrategias de abordaje, así como también acompañar en la recolección de la información que permita nutrir el modelo de abordaje de los dispositivos a partir de su implementación.

El aporte específico del *equipo técnico* es la lectura estratégica de efectos clínicos sociales que orientan el plan de abordaje y sus destinos posibles. El posicionamiento profesional involucra la salida al territorio y la consideración de otros actores que intervienen con saberes y prácticas diversas. En este sentido, son actores claves en la creación de condiciones para los procesos de construcción de demanda o “primera escucha”, el diseño de las estrategias que involucren a otros actores del dispositivo y de la red local en la que se insertan y el despliegue y evaluación posterior de las intervenciones.

Las y los *operadores* se constituyen como promotores de derechos y ciudadanía. Además de conocimientos técnicos, estos operadores poseen un amplio recorrido territorial. Es por ello que se conforman en actores imprescindibles en las actividades comunitarias. Son, además, quienes desempeñan el rol de referentes adultos de las personas usuarias, y actores fundamentales en la construcción y el seguimiento de las estrategias orientadas a la integración comunitaria. Son promotoras/es que actúan a escala individual y grupal, acompañan en la cotidianidad de los sujetos que concurren a los dispositivos y, además, se complementan con las/os talleristas o docentes que poseen habilidades y conocimientos en disciplinas educativas, artísticas, deportivas, lúdicas y culturales, de modo que promueven también el conocimiento y el ejercicio de los derechos. Cabe destacar que la función de las/os operadoras/es en el abordaje integral se constituye como el aporte innovador en las prácticas. El acompañamiento

presenta el desafío de la planificación estratégica de acciones sostenidas en los vínculos construidos que apuestan a la autonomía progresiva de las/os usuarias/os.

Las y los *talleristas y docentes*, por su parte, tienen como principal desafío llevar adelante actividades de promoción en diferentes dimensiones atendiendo a la especificidad de la población y de la problemática del consumo. Estas actividades están vinculadas tanto con los ámbitos educativo, deportivo, artístico, y recreativo, como con el mundo del trabajo. No obstante, la función de tallerista en un DIAT es distinta a la que se puede realizar en otros espacios, por ejemplo, en un centro cultural, ya que implica un abordaje orientado por los proyectos diseñados junto con el equipo técnico, las y los operadores y las personas usuarias.

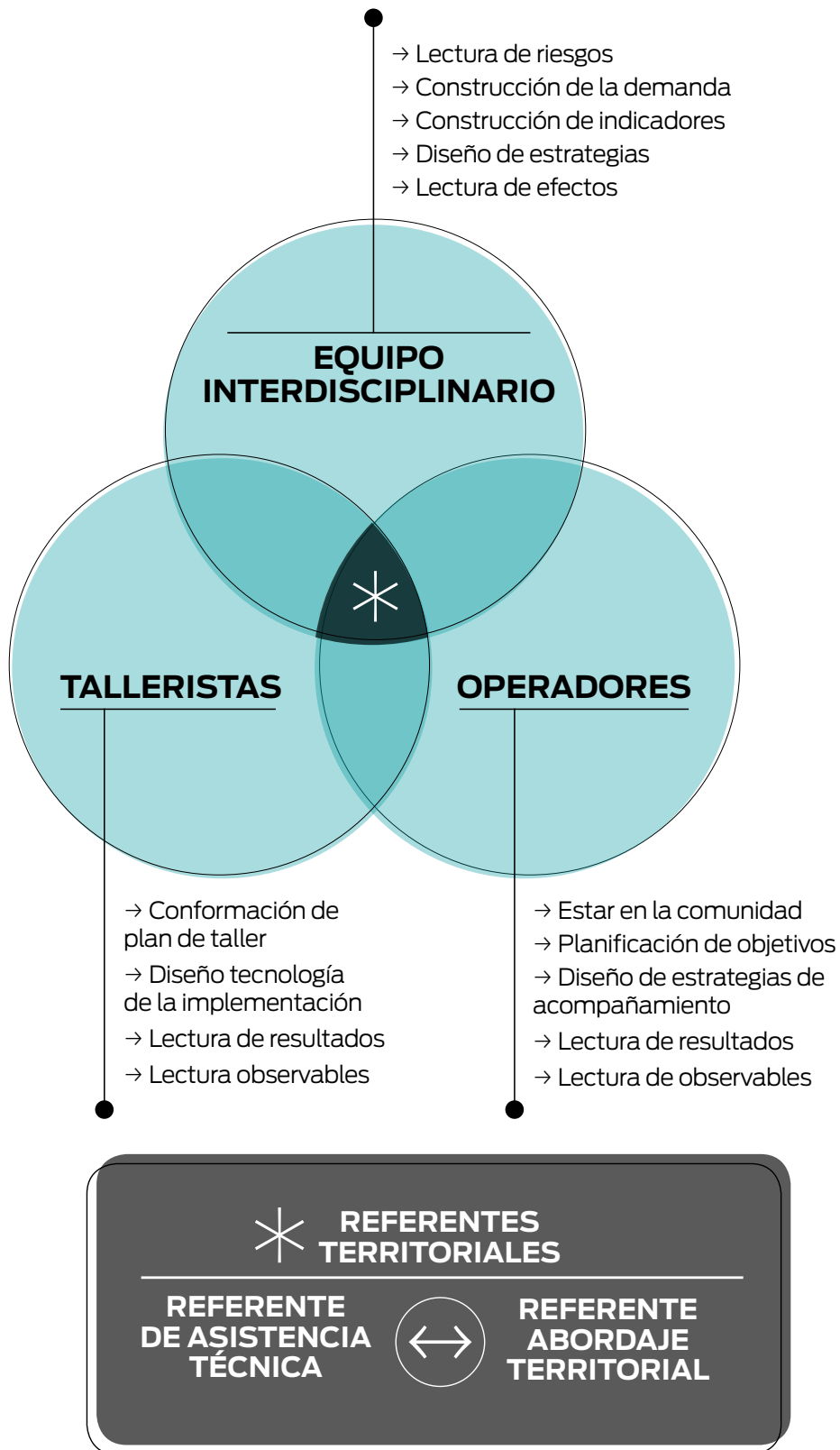
En este sentido, los tres componentes del equipo –profesionales, operadores y talleristas–, en diálogo con las personas usuarias, elaboran de manera colectiva los distintos proyectos que tienen lugar en los dispositivos, coordinados por el o la referente territorial de los DIAT.

El principal desafío para este equipo refiere a la capacidad para articular acciones hacia su interior y con la red local, a la vez que llevar adelante acciones con los sujetos y las comunidades que den cuenta de un abordaje integral. El equipo de trabajo, a su vez, articula con otros actores del territorio. En este sentido, se promueve *traspasar* el espacio físico edilicio que delimita los DIAT y trabajar en corresponsabilidad con otros actores referentes de la comunidad. En ese marco, pensar situaciones complejas requiere actuar según criterios de interdisciplina, intersectoralidad, teniendo en cuenta situaciones singulares de intervención con una pluralidad de actores.

A su vez, el trabajo de los equipos territoriales es acompañado por una dupla técnica del nivel central, conformada por un/a referente de abordaje territorial y un/a referente de asistencia técnica. Como se desarrolló en el capítulo 3, la función de las duplas consiste en la construcción y monitoreo de diagnósticos, la planificación y gestión de las estrategias de inserción comunitaria de los equipos; el acompañamiento de las propuestas y prácticas llevadas a cabo por los dispositivos, tanto en abordaje singular como colectivo, con finalidad terapéutica; la articulación con distintas áreas institucionales mediante mesas de trabajo e intercambio de informes, la formación y capacitación a los equipos y la construcción y el seguimiento de las herramientas de registro, sistematización y evaluación.

A continuación, se presenta un gráfico que pone de relieve la importancia del trabajo articulado entre los tres componentes del equipo de los DIAT, coordinado por el/la referente territorial, así como las tareas específicas de cada uno.

ENCUADRE DE ABORDAJE DE LOS EQUIPOS DE LOS DIAT



Principales actividades. El trabajo en los DIAT se ordena en función de tres ejes que se relacionan de manera dinámica: el *abordaje territorial*, la *asistencia* y la *promoción de derechos*. De esta manera, los DIAT ponen el foco en la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos, conformando una lógica de abordaje integral, que acompañe el proceso de autonomía progresiva a partir de estrategias singulares y comunitarias.

En los DIAT se llevan a cabo diferentes talleres, eventos y actividades sociales, culturales, deportivas, recreativas o formativas, muchas de ellas en articulación con otros organismos, que siempre cuentan con una perspectiva de derechos humanos. Entre ellos, se destacan los talleres de radio, artes visuales, fotografía, lectura, creación de historietas, maquillaje artístico, tejido, huerta y paisajismo, coro, electricidad, artes plásticas, *hip hop*, ensamble musical, danza, serigrafía, costura, deportes, etcétera. Además, en algunos dispositivos se dictan clases de educación primaria para adultos, secundario con formación en oficios y el plan fines de terminalidad educativa. Estas actividades se suman a los espacios específicos de escucha e intervención terapéutica individual, grupal y para familias.

Herramientas para la intervención. La implementación del modelo de abordaje territorial e integral como política pública requirió la construcción de herramientas e indicadores que permitan realizar un diagnóstico, seguimiento y evaluación de la población atendida y las prácticas implementadas por los dispositivos, que den cuenta específicamente de la situación de acceso, restitución y ejercicio de derechos.

En los DIAT se utilizan una serie de herramientas que permiten relevar, sistematizar, realizar seguimientos y evaluar las intervenciones y estrategias individuales, grupales y comunitarias que en ellos se desarrollan. Estas herramientas son: la hoja de primer contacto (HPC), la hoja de ruta, el seguimiento de talleres y la evaluación de procesos.

La **hoja de primer contacto** se orienta a la sistematización de la información de los primeros encuentros con las y los usuarios. Tiene un tiempo de llenado de tres meses, ya que se pretende que sea una construcción conjunta y no una encuesta. Los datos se ordenan de modo tal que puedan orientar la elaboración de un diagnóstico inicial, integral, en relación a la situación de acceso a derechos.

Por un lado, esta herramienta permite tener datos concretos para el diseño y sostenimiento de la política pública en tanto colabora en la elaboración de diagnósticos territoriales acerca de la población y su situación de vulnerabilidad. De este modo, favorece el diseño y la reorientación de las acciones para dar respuestas asertivas respecto de las necesidades detectadas.

Asimismo, orienta la escucha y la construcción de planes de abordaje que contemplen un *más allá* de la relación de las y los usuarios con las sustancias. La HPC representa la línea de base, el estado inicial desde el cual se comienza a diseñar la estrategia.

Posibilita ubicar cuáles son los riesgos y los daños a los que están expuestos las y los usuarios y cuáles son las prioridades sobre las que se debe intervenir. Todas las personas usuarias que participan del dispositivo deben tener su HPC, tengan o no un seguimiento particular.

La **hoja de ruta** fue construida en el marco de las disposiciones de la Ley N° 26.529/2009 de Derechos del Paciente en Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, para conformarse como la historia clínica tradicional en la cual se registra el acompañamiento singular y sus efectos clínicos en el proceso de abordaje. Esta herramienta permite analizar y evaluar cronológicamente el recorrido de las y los usuarios por los talleres o articulaciones institucionales. De este modo, se van sistematizando las distintas prestaciones que se llevan a cabo en el dispositivo.

La construcción de la hoja de ruta es procesual, y en ella se registra el diagnóstico situacional, las sugerencias de las estrategias, sus efectos y los movimientos en la presentación de las personas usuarias.

En la sistematización del diagnóstico situacional se registran los aspectos fenomenológicos, es decir, observables, históricos y la situación de acceso a derechos. En el proceso diagnóstico y su sistematización, el equipo interpreta los datos recabados en las entrevistas y los traduce en una descripción de las características relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento. También se incluye la valoración del riesgo, tanto asociado a las prácticas de consumo, como fuera de las mismas. Además, dado que los DIAT tienen la particularidad de contar con un equipo de trabajo conformado por profesionales, docentes, operadoras/es y talleristas, su elaboración requiere de una instancia más compleja respecto de lo que sucede con las historias clínicas tradicionales.

En particular, la hoja de ruta incluye las diversas líneas estratégicas de acción con las personas usuarias y su consentimiento. A partir de sus respuestas a dichas sugerencias se definen o redefinen esas líneas de acción. En la herramienta se deben consignar esos efectos utilizados como insumos para evaluar la dirección del tratamiento, para dar cuenta de la responsabilidad profesional e institucional.

Es importante destacar que este documento es obligatorio y se debe garantizar su actualización cronológica y completa durante todo el proceso de abordaje. El usuario es su titular, por el que se le suministra una copia en caso de que así lo requiera.

La **herramienta de seguimiento de talleres** tiene como objetivo el seguimiento y la evaluación de los espacios de talleres. Esta herramienta facilita el registro y el análisis del diseño de los espacios, así como también la participación de las y los usuarios. Cuenta con dos apartados: el primero destinado a la planificación del espacio de taller y el segundo a una evaluación guiada que apunta a reformular el trabajo realizado.

Tiene, además, la finalidad de registrar el proceso de cada usuario de modo de tomar decisiones ajustadas al acompañamiento o a la dinámica del espacio.

La **herramienta de evaluación de procesos** se construyó con el fin de medir el impacto de la política pública llevada a cabo en los últimos años para el abordaje de los consumos problemáticos. Consiste en un modelo de registro de datos que contempla la integralidad de las prácticas. Este modelo pretende dar cuenta de las acciones que se llevaron a cabo en el acompañamiento de las y los usuarios en el acceso y restitución de derechos. Asimismo, mediante la sistematización de los efectos de dichas estrategias se busca visualizar el trabajo realizado para que ese circuito instalado contribuya al ejercicio de derechos y al progresivo incremento de la autonomía.

La herramienta se encuentra conformada por ejes que se corresponden con la situación de acceso a derechos –educación, salud, trabajo, asistencia básica, prevención de la violencia, legal y redes– y en cada uno de ellos se despliegan los diagnósticos, las acciones llevadas a cabo, las articulaciones y los efectos en tanto mejoría o no de su situación inicial. La conformación de diagnósticos por eje permite visibilizar el armado de estrategias integrales y el seguimiento interdisciplinario e interactoral de la conformación de demanda y de las posibles respuestas.

Además, la herramienta se conforma como medio para ajustar las prácticas a la Ley Nacional de Salud Mental, en tanto permite medir el impacto subjetivo, las acciones comunitarias y la revisión de la práctica interdisciplinaria.

4.4.2 | DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO COMUNITARIO

Orígenes y fundamentación. A principios de 2016, la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico creó los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC), con el objetivo de profundizar el abordaje territorial impulsado por la Sedronar, a partir de la implementación y adaptación de una metodología de trabajo con gran reconocimiento en América Latina.

Como describimos en el capítulo 3, la metodología de Tratamiento Comunitario (de ahora en adelante, TC), se constituyó como una iniciativa novedosa en América Latina en el campo de los abordajes de los consumos de drogas en situaciones de sufrimiento social, impulsada por un conjunto de organizaciones de la sociedad civil, enmarcadas en lo que se denominó el modelo *eco2* (Epistemología de la Comunidad/Ética y Comunitaria). El TC es definido como:

[...] un conjunto de procesos en el cual se articulan acciones, instrumentos y prácticas organizadas cuyo objetivo es promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas y viven en una situación de exclusión social grave (Milanese, 2012).

Esta metodología propone que el trabajo sea desarrollado en la comunidad en la que la persona vive, sin necesidad de alejarse de sus ámbitos de interacción habituales. Implica trabajar *en, con y por medio* de la comunidad, es decir, con el conjunto de redes que animan un territorio geográficamente delimitado. De esta forma, el sujeto de la intervención no son solo las personas individuales, sino también la comunidad y sus redes.

Cabe destacar que la Argentina se encuentra entre los primeros países de la región en implementar esta metodología de trabajo desde el Estado, es decir, en implementar el TC como una política pública. Ello significó pasar de experiencias comunitarias geográficamente limitadas –en un barrio o una comunidad local–, al desarrollo del TC como política pública en distintos territorios del país, con sus características y particularidades locales. Por lo tanto, al presentarse el desafío de implementar esta metodología en una gran variedad de situaciones y territorios distintos, la formación de las personas participantes resultó fundamental.

En virtud de ello, durante el 2016 se realizó una prueba piloto con diez equipos de trabajo ubicados en distintas localidades del país. Algunos de los miembros de estos equipos ya venían trabajando desde 2014, cuando se conformaron los Puntos de Encuentro Comunitarios (PEC). De esta forma, la adopción de la metodología de TC, que cuenta con una importante fundamentación teórica e innumerables experiencias concretas de implementación en toda América Latina, significó un salto cualitativo para el abordaje territorial integral de la Sedronar, y permitió dotar a los equipos de trabajo de valiosas herramientas para el registro, la sistematización y la evaluación del trabajo realizado en territorio.

Estos diez equipos participaron de un intenso proceso de formación sobre TC brindado por tres referentes de esta metodología en América Latina: Efirem Milanese, Raquel Barros e Irene Serrano Parra, quienes brindaron las capacitaciones y realizaron un acompañamiento de las distintas experiencias, mediante visitas, lecturas y videoconferencias durante el período 2016-2019.

Se generaron procesos conjuntos de aprendizaje, que generaron una reflexión crítica de los procesos de abordaje territorial, en el marco de una metodología que no solo ordenó el trabajo de los equipos, sino que les confirió un sentido estratégico a sus prácticas. Cabe destacar que estos equipos realizan gran parte de sus prácticas “por fuera” de las instituciones formales, e intentan llegar a aquellos usuarios que aún no se acercan a dispositivos de bajo umbral.

Si bien desde el principio se conformó un área específica para coordinar la implementación de las estrategias, en la actualidad, cada equipo territorial está conformado por un referente técnico o tutor/a de la sede central de la Sedronar, que acompaña en la elaboración del plan integral de abordaje, en la utilización de las herramientas de sistematización y durante el proceso de evaluación. A su vez, dispone de un/a referente de asisten-

cia técnica que acompaña la implementación y la evaluación de las practicas territoriales y sus efectos. Es importante mencionar que la figura del/a tutor/a no existía con anterioridad a la experiencia argentina; esta figura fue incorporada como forma de garantizar la efectiva implementación del TC en los distintos territorios del ámbito nacional.

El proceso de formación de los equipos de trabajo en esta etapa inicial resultó fundamental para el aprendizaje de las herramientas que ofrece la metodología de TC. Luego de estos años de trabajo sostenido, en 2019, en la Argentina se cuenta con una disponibilidad de treinta y cuatro equipos de abordaje territorial integral.

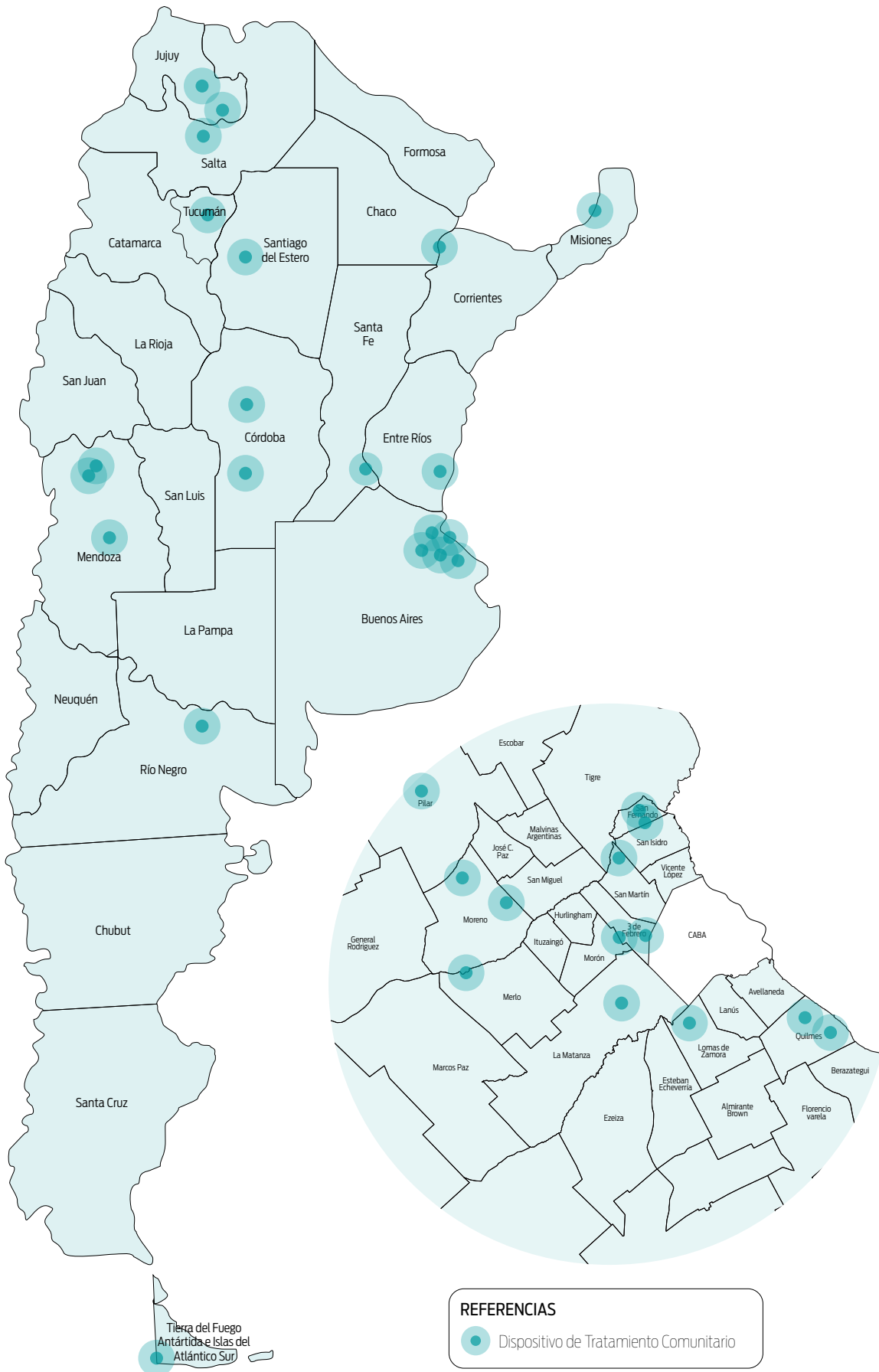
Localización. En la actualidad existen en la Argentina 34 equipos de DTC. Los barrios en los que funcionan fueron seleccionados con un criterio federal que considera la diversidad y la singularidad propia del país y de la inserción de la Sedronar en el territorio, a la vez que prioriza localidades donde la Secretaría contara con dispositivos de trabajo territorial. De esta forma, los treinta y cuatro DTC se encuentran localizados en distintos barrios de trece provincias del país.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE TRABAJO
COMUNITARIO EN EL TERRITORIO ARGENTINO**

PROVINCIA	CANTIDAD
BUENOS AIRES	13
CÓDOBA	2
CORRIENTES	1
ENTRE RÍOS	1
JUJUY	2
MENDOZA	6
MISIONES	1
RÍO NEGRO	1
SALTA	1
SANTA FE	3
SANTIAGO DEL ESTERO	1
TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR	1
TUCUMÁN	1
TOTAL GENERAL	34

Fuente: Sedronar.

LOCALIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE TRATAMIENTO COMUNITARIO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA



Modalidad de intervención. El sujeto de la intervención en los DTC son las personas y sus redes. Estas constituyen un sistema, y pueden ser clasificadas en cinco tipos: red subjetiva comunitaria, red operativa, red de recursos comunitarios, red de líderes de opinión formales y no formales, y lo que se define como *minoría activa*.

La **red subjetiva comunitaria** está conformada por las personas con las cuales un/a operador/a considera tener relaciones amigables⁴ y que supone tienen también una relación amigable. Esta red puede ser definida como el capital social del equipo de trabajo. La modalidad indicada para construir una red subjetiva comunitaria es por medio de las relaciones personales y directas con otras personas, y por medio de la participación en la vida comunitaria. La red subjetiva comunitaria es uno de los factores de protección más eficaces en el trabajo en comunidades de alto riesgo, para el equipo, las otras redes y el dispositivo del tratamiento comunitario.

La **red operativa**, por su parte, está compuesta por todas las personas que participan en la realización de las diferentes tareas del proyecto que se lleva a cabo, con independencia de si son miembros del equipo o no.

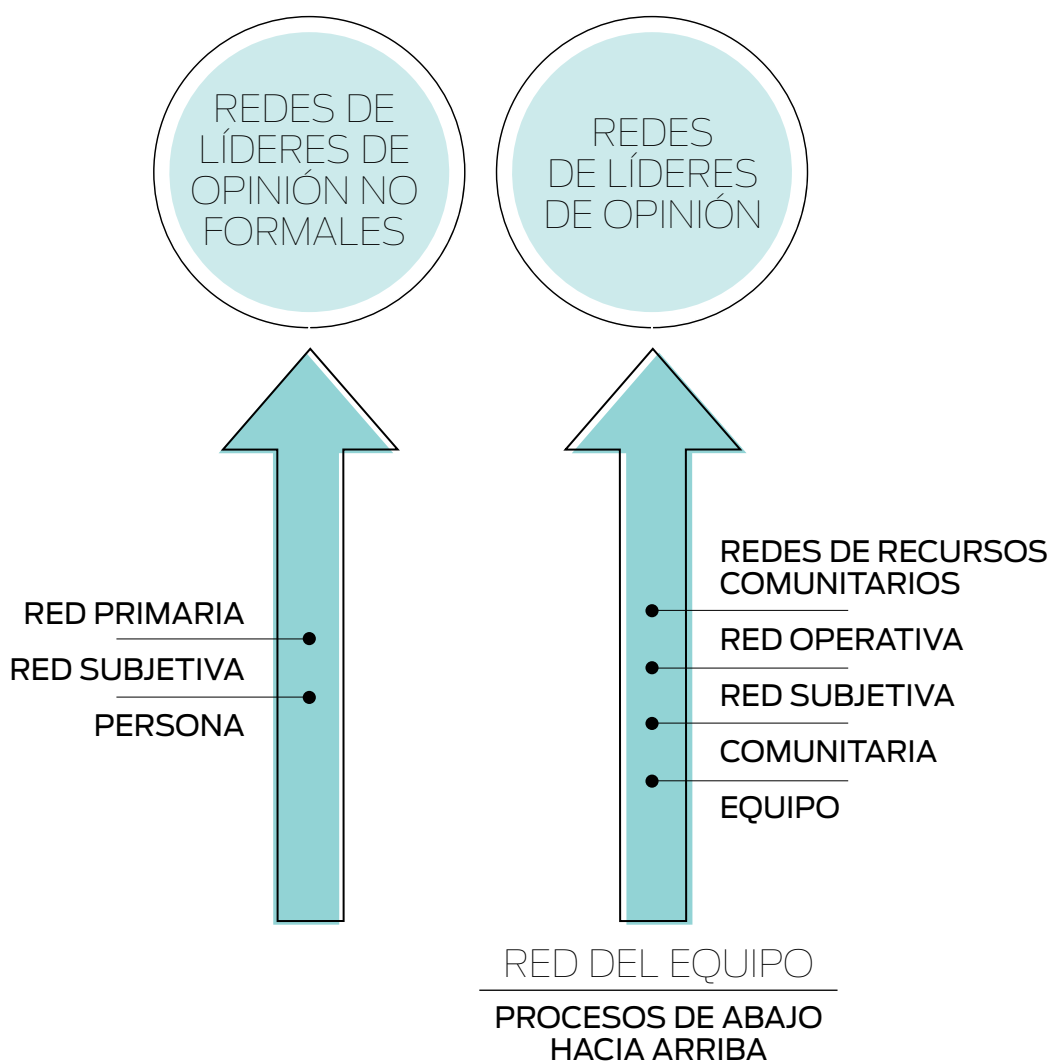
La RED DE RECURSOS COMUNITARIOS, por otro lado, está compuesta por todas las personas que pertenecen a la comunidad y pueden ser consideradas recursos para la acción social que se quiere implementar. La construcción de la red de recursos comunitarios es un proceso que permite pasar del estado de *potencialidad* al estado de *actuación*; esto significa que los recursos comunitarios participen directamente en las actividades del programa con sus competencias y su capital social. La existencia de una red de recursos comunitarios es la prueba material de la existencia de un dispositivo de tratamiento comunitario.

Otra de las redes es la de **líderes de opinión**, tanto formales (instituciones, organizaciones), como informales (personas o grupos con liderazgo comunitario). Esta red está integrada por un conjunto de actores comunitarios que ejercen una influencia en las opiniones de los otros miembros de la comunidad, por medio de sus discursos, actitudes y estilos de vida.

La **minoría activa**, por último, está constituida por actores y agentes comunitarios que continúan desarrollando actividades e iniciativas de Tratamiento Comunitario, con posterioridad a que el equipo de trabajo se haya retirado de la comunidad. La conformación de una minoría activa es uno de los objetivos del DTC, es el indicador que asegura que esta metodología se ha convertido en una herramienta de la comunidad.

4 En tratamiento comunitario, se entiende por relaciones amigables a aquellos vínculos que pueden ser cordiales, amables, aunque no necesariamente recíprocos; en este vínculo, la otra persona es contemplada como una *oportunidad* (de trabajo, de intercambio); es decir, se puede "contar con ella" como recurso comunitario.

GRÁFICO DE REDES



Fuente: Sedronar.

Conformación de los equipos de trabajo. Los equipos de trabajo de los DTC están conformados por cuatro personas de distintos perfiles (profesionales, técnicas/os operadoras/es, talleristas, referentes barriales) que trabajan conjuntamente. La participación en los equipos de miembros de la propia comunidad favorece la inserción en el territorio, lo que redundará en la visibilización de las redes comunitarias y en el acceso de las personas usuarias a las mismas.

Los DTC no cuentan con un referente del dispositivo en el territorio, por lo que el trabajo en equipo y el debate colectivo de las situaciones emergentes es una cuestión fundamental para el abordaje territorial. En este sentido, resultan fundamentales las *reuniones de equipo*. Ellas permiten diseñar las estrategias de intervención,

sistematizar las experiencias y evaluar las prácticas, con el objetivo de revisarlas y modificarlas si fuera necesario. En las reuniones de equipo se planifican los recorridos por el territorio, los talleres a iniciar, las articulaciones y redes a conformar, el acompañamiento que se debe brindar a las diferentes situaciones, etcétera. Asimismo, el diálogo con las duplas que acompañan desde la sede central de la Sedronar permite a los equipos reflexionar sobre sus prácticas, así como diseñar las mejores estrategias posibles para cada intervención.

Principales actividades. Una de las primeras actividades que debe realizar un equipo de TC es la elaboración de un **diagnóstico del territorio** por medio de un mapa ecológico. La realización del mapa ecológico permite conocer y delimitar el territorio y sus recursos, así como identificar los lugares de importancia para la comunidad, lo cual permite a los equipos analizar de la forma más completa posible su contexto de intervención a partir de un primer acercamiento a los territorios. Conocer el lugar, sus redes, recursos, líderes, actividades, principales problemáticas, genera las condiciones para implementar el TC. Para ello, resulta fundamental **el trabajo en la calle**: recorrer los territorios, conversar con sus habitantes y referentes, identificar las principales instituciones y organizaciones, establecer vínculos de confianza, tender lazos, construir y visibilizar redes. En este sentido, la elaboración de un diagnóstico participativo puede favorecer que la comunidad se involucre en la identificación de los principales problemas y recursos con los que cuenta. En esta etapa inicial es necesaria una **presentación del equipo** con la comunidad, ya que las “primeras impresiones” pueden abrir o, por el contrario, cerrar puertas. Por ello, es importante que el equipo se presente con los miembros de la comunidad, dé a conocer sus objetivos y su forma de trabajo, y explicita su pertenencia institucional.

Desde el momento en que los equipos operativos comienzan a trabajar *en y con* la comunidad –junto con la construcción de las diversas redes– deben realizar una serie de acciones que facilitan su integración y fortalecen sus relaciones con las personas que viven en el territorio. En este sentido, a partir del trabajo cotidiano de calle, entre las primeras tareas de los equipos se encuentran aquellas nucleadas en el Sistema Estratégico de Tratamiento (SET). Este sistema es una herramienta que contribuye al objetivo de realizar el diagnóstico de la comunidad y que se erige como “el marco lógico, la construcción de pensamiento y conocimiento por medio de la acción, la acción investigadora y de reflexión que saca a flote el sentido de la acción, que ilustra sus fuerzas y sus limitaciones” (Milanese, 2016). Además del trabajo de reconstrucción histórica de la comunidad, el armado de un mapa ecológico, la identificación y construcción de la red de líderes de opinión de la comunidad, los equipos deben enfocarse en identificar a nivel comunitario buenas prácticas y fracasos, elementos sociológicos, etnográficos y antropológicos significativos de la comunidad, temas generadores, representaciones sociales, mitos y formas rituales importantes para las personas y la identificación y elaboración de conflictos en el territorio (Milanese, 2016).

Además, entre sus principales actividades, los equipos de TC deben llevar adelante una primera escucha comunitaria, entendida como un espacio de escucha activa y de bajo umbral de acceso para “dar una respuesta inmediata a las demandas y necesidades de la población de una comunidad concreta a partir del sistema de redes que ha interconectado y la participación de todos los actores sociales que la integran y representan” (Serrano Parra, 2013).

La primera escucha, sea individual o grupal, resulta de vital importancia para comenzar a pensar la orientación y el acompañamiento a las personas a partir de sus necesidades, permitiendo a los equipos de TC diagramar una estrategia más amplia de intervención tanto a nivel individual como a nivel comunitario. Para ello es central la articulación con las redes formales, institucionales y de servicios más amplias, que contribuyan a dar mejores respuestas a las demandas de la comunidad. Si bien se caracterizan por ser espacios poco formalizados, muchos de los equipos de TC desarrollan la escucha activa como una práctica con alto grado de organización y sistematización, pero sin dejar de ser flexible y adaptada a la comunidad y al territorio. En este sentido, se constituyen como espacios sociales de escucha centrales para el abordaje de problemáticas sociales complejas, como el consumo problemático de sustancias en comunidades con altos grados de vulnerabilidad social.

Los equipos de tratamiento comunitario llevan adelante diversas actividades, que son pensadas de forma estratégica como **actividades de vinculación**. Se trata de que el equipo participe de las actividades promovidas por la comunidad, estar presente en los lugares donde las personas actúan, conocer su cotidianeidad, ir a los bares, fiestas, comedores, etcétera. Actividades organizadas por el equipo y trabajadas con la red subjetiva comunitaria (RSC) con el fin de implementar los ejes del tratamiento comunitario y hacer que los nodos de las redes del equipo y del parceros⁵ (beneficiario/a) se interconecten. En el contexto de esta estrategia se inician los procesos de establecimiento de primeros contactos con los/as parceros/as (personas usuarias).

Entre este tipo de actividades comunitarias se destacan las acciones organizativas, de asistencia inmediata, de educación no formal, actividades culturales y deportivas, acciones en el área de salud o relacionadas con el área de trabajo, entre otras. Las mismas buscan favorecer, fortalecer y mantener la participación comunitaria a la vez que permiten llevar adelante “iniciativas concretas de prevención o asistencia inmediata, direccionadas a toda la comunidad, o a parte de ella [...] con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida” (Milanese, 2016). En este sentido, las actividades de vinculación tienen como objetivo de corto plazo realizar con la comunidad algo que sea útil para la

5 El término *parcero* es retomado del Manual de Tratamiento Comunitario, y hace referencia a la persona/familia/grupo/institución con la que se establece una relación de alianza. *Parcero* significa socio, aliado, coequipero, *partner*, y trata de representar con una sola palabra el sentido de la relación de ayuda, el sentido de la alianza entre dos actores (Milanese, Glosario Modelo eco2).

comunidad misma y, al mismo tiempo, un objetivo más amplio de establecer y fortalecer relaciones que permitan construir y reforzar redes comunitarias a lo largo del tiempo.

Otra de las actividades que realizan los equipos de TC es la **identificación y construcción de los distintos tipos de redes**: subjetiva comunitaria, operativa, de recursos comunitarios, de líderes de opinión, etcétera. La conformación de redes no significa elaborar un listado de los recursos con los que cuenta la comunidad, sino establecer vínculos de reciprocidad con cada referente, organización e institución del territorio y fuera de él, a las que se pueda recurrir cuando resulte necesario. Este trabajo de construcción de redes es fundamental, ya que es lo que permitirá después el **seguimiento de casos**, tanto individuales como grupales. Los casos se acompañan desde las redes constituidas en el territorio, trabajando en articulación con los DIAT y con otros efectores territoriales, tanto de la Sedronar como de otras dependencias del Estado y de la sociedad civil.

Las actividades que los equipos de TC realizan cotidianamente varían según el territorio, ya que dependen de las características, problemáticas y recursos presentes en cada uno de ellos, así como de los intereses de los miembros de la comunidad. En general, se realizan actividades organizativas, formativas, recreativas, culturales, de acompañamiento para la educación formal y no formal, de salud, asistenciales, comunitarias, etcétera. Los equipos de TC participan también de espacios comunitarios preexistentes, como mesas de trabajo en los barrios, asambleas y festividades, entre otras, que les permiten fortalecer el vínculo con la comunidad y constituir nuevas redes.

Herramientas para la intervención. Los equipos de TC cuentan con un conjunto de herramientas que se utilizan para registrar información relevante sobre cada persona, grupo o institución con la que se establece contacto; planificar las intervenciones sobre la base de la información relevada; sistematizar las prácticas del equipo: tiempos, recursos, redes, acciones, etcétera; evaluar las acciones realizadas: sus fortalezas y debilidades, los obstáculos encontrados, con el objetivo de mejorar el trabajo comunitario; así como también contar con datos certeros sobre la problemática de los consumos de drogas en la Argentina, las características de la población con la que se trabaja, las redes que se establecen, etcétera.

Además de las hojas de primer contacto y las de evaluación de procesos, utilizadas también en los DIAT, en TC se utilizan las siguientes herramientas: diario de campo; diario de procesos personales; matriz de adyacencia; sistema estratégico de tratamiento (SET); y sistema estratégico de resultados (SER).

El **diario de campo** es el instrumento clave en el proceso de *investigación en la acción*. Se trata de un registro breve, conciso, preciso y objetivo en el que cada miembro del equipo operativo deja asentadas las actividades desarrolladas, los encuentros hechos, las observaciones realizadas, etcétera.

La **hoja de primer contacto** tiene como objetivo registrar toda la información relevante sobre el *parcero* en el primer contacto realizado con éste por parte del equipo operativo.

El **diario de procesos personales** o diario clínico tiene como objetivo recopilar la información esencial para poder seguir, analizar y evaluar el proceso de tratamiento comunitario llevado a cabo con un *parcero* y su red subjetiva.

La **matriz de adyacencia** permite sistematizar las relaciones de amigabilidad entre las diversas personas que aparecen en los diarios de campo del equipo operativo, es decir, permite visibilizar la red subjetiva comunitaria.

El **sistema estratégico de tratamiento** (SET) es un sistema de trabajo que permite elaborar un diagnóstico sobre la comunidad (entendida como el sujeto del tratamiento), así como analizar los cambios que ocurren a partir de la implementación del TC. Está compuesto por ocho procesos de trabajo que se articulan entre sí, y permiten construir –junto con los miembros de la comunidad– información sobre: la comunidad local y sus líderes de opinión; la historia de “buenas prácticas” y fracasos en la comunidad; la historia y los elementos sociológicos de esa comunidad; los temas generadores, tanto espontáneos como inducidos por el equipo; las representaciones sociales de la comunidad; los mitos, costumbres y rituales; y los conflictos de base presentes en la comunidad.

El **sistema estratégico de resultados** (SER) responde a la necesidad de evaluar los resultados del Tratamiento Comunitario. El SER permite: sistematizar las prácticas de tratamiento comunitario; favorecer la reflexión y la atención sobre algunos contextos de vulnerabilidad; acompañar la reflexión de las reuniones de grupo y de las evaluaciones de los procesos personales y de redes; y producir evidencias sobre el resultado del trabajo hecho tratando de relacionar observaciones enfocadas en una variable independiente (aquello que se hace) y en una variable dependiente (los contextos en los cuales se quiere producir un cambio).

La **herramienta de evaluación de procesos** evalúa los efectos del abordaje integral llevado a cabo por los dispositivos a partir de siete ejes: educación, salud, trabajo, asistencia básica, violencia, legal y redes. En cada uno de ellos se despliegan los diagnósticos, las acciones, las articulaciones efectuadas con otros actores y los efectos en tanto mejoría o no de su situación inicial. El objetivo es evaluar el impacto en función del acceso, la restitución y el ejercicio de derechos en cada eje.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altschuler, B. (2013), "Territorio y desarrollo: aportes de la geografía y otras disciplinas para repensarlos", en Revista *Theomai. Estudios Críticos sobre sociedad y desarrollo* N° 27-28, 64-79. Bernal, ISSN 1515-6443.

Arana, X.; Markez, I.; Montañés, V. (2012), "Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas", en *Oñati Socio-legal Series*, Vol. 2, N° 6, 1-5. Oñati, Instituto Internacional de Sociología Jurídica. ISSN: 2079-5971.

Ayres, J. R.; Paiva, V. y França, I. (2018), "De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea", en Paiva, V.; Ayres, J. R.; Capriati, A.; Amuchástegui, A. y Pecheny M. en, *Prevención, Promoción y Cuidado: enfoques de Vulnerabilidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Teseo Press, 35-64. Disponible en: <https://www.teseopress.com/vulnerabilidadesyddhh>

Barros, R.; Canay, R.; Carroli, M.; Milanese, E.; Serrano, I. y Tufro, F. (2018), "Justificación y viabilidad del Tratamiento comunitario", en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol. 64, N° 3, 185-197. Buenos Aires, septiembre. ISSN: 2362-3829 [en línea] ISSN: 0001-6896 [impresa].

Bordoni M. y Ramírez R. (2018), "Abordaje Territorial: una aproximación desde las experiencias de trabajo de equipos DIAT y TC desplegados a lo largo del territorio argentino", en *XIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. Buenos Aires, Área de Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Börzel, T. A. (1998), "Organizing Babylon – on the different conceptions of policy networks", en *Public Administration*, Vol. 76, Summer.

Camarotti, A. y Kornblit, A. (2010), "Diferencias según género en las prácticas y los significados asociados al consumo de éxtasis entre jóvenes de la movida dance en Buenos Aires", en *Revista Española de Drogodependencias*, Vol. 35, N° 3. Valencia, ISSN 0213-7615.

Camarotti, A. y Touris, C. (2010), "Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires". Buenos Aires, Artemisa.

Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015), "Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo", en *Salud Colectiva* N° 11, abril-junio. Buenos Aires. ISSN 1669-2381, EISSN 1851-8256.

Capriati, A; Camarotti, A. C.; Di Leo, PF; Wald, G. y Kornblit A. L. (2015), "La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar", en *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 6, N° 22, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Equipo DIAT "Casa Caracol", "Abordaje territorial y acceso a derechos en los consumos problemáticos de sustancias", en *1er Congreso de Salud Mental*. Tandil, 2017.

Gómez, J.; Rubio, C.; Auchter, M., con colaboración de Waynsztok L. (2010), *Salud social y comunitaria: curso en salud social y comunitaria, capacitación en servicio para trabajadores de la salud del primer nivel de atención*. (1ª ed.). Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

Lopes de Souza, M. J. (2001), "O territorio: sobre espaço e poder. Autonomia e Desenvolvimento", en P. Castro, C. Gomes y R. Correa (orgs.), *Geografía: conceptos e temas*. Rio de Janeiro, Bertrand.

Martínez, A. C. I. (2005) (coord.) *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*. Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Madrid, Estudios Goberna.

Mayntz, R. (2001), "El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna", en *Revista del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) Reforma y Democracia*. N° 21, octubre. Caracas.

Milanese, E. (2013), *Tratamiento comunitario. Manual de Trabajo 1* (2ª ed.). São Paulo, Instituto Empondera.

ONU, "Acceso a la justicia para todos", en *La ONU y el estado de derecho*.

Disponible en: <https://www.un.org/ruleoflaw/es/thematic-areas/access-to-justice-and-rule-of-law-institutions/access-to-justice/>

Raffestin, C. (2011), *Por una geografía del poder*. México, Colegio de Michoacan.

Disponible en:

http://www.ixaya.cucsh.udg.mx/sites/default/files/Por_una_geografia_del_poder_0.pdf

Ramírez, R. (2016). *Los tratamientos no siempre son iguales. Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes ex consumidores de PB/Paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de maestría no publicada). Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Romo Avilés, N. y Camarotti, A. (2017), "Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires", en *La Aljaba. Segunda Época. Revista de Estudios de la Mujer*, Vol. 19, 229-235. ISSN 1669- 5704. Disponible en: <https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/aljaba/article/view/1794/1756>

Sack, R. (1980), *Conceptions of space in social thought: a geographic perspective*. Londres, Macmillan.

Serrano Parra, I. (2013), "Elementos necesarios para definir los Centros de Escucha Comunitarios. Centros de Bajo Umbral para la Atención al problema de drogas desde una perspectiva comunitaria". Bucaramanga, Ministerio de Salud de Colombia, Dirección de Promoción y Prevención. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, *Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020*. Buenos Aires, Sedronar.

Soldano, D. (2008), "Relegación, desplazamiento, conflicto. Notas para pensar la cuestión social urbana en la Argentina contemporánea", en *Apuntes de Investigación del Centro de Estudios en Cultura y Política (Cecyp)*, N° 13, 207-212, ISSN 0329-2142.

Ziiccardi, A. (2008), "Las políticas y los programas sociales de la ciudad del siglo XXI", en *Papeles de Población*, Vol. 14, N° 58, octubre-diciembre, 127-139. Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.

NORMATIVA

Boletín Oficial 24/05/2012, Ley N° 26.742, Buenos Aires, Argentina (Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud).

Boletín Oficial 03/12/2010, Ley N° 26.657, Buenos Aires, Argentina (Salud Mental).

Boletín Oficial 26/04/2017, Resolución N° 150, Buenos Aires, Argentina (Programa de Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial).

5

UNA POLÍTICA PÚBLICA EN EL TERRITORIO

En este capítulo se describe el perfil poblacional de las personas usuarias de los dispositivos territoriales, y se presentan las características y diagnósticos realizados a partir de los indicadores de la hoja de primer contacto, que se constituyeron en insumos para el diseño y la implementación de las diversas estrategias de abordaje que se relatan en estas páginas. Asimismo, se describen las acciones implementadas en el territorio nacional, para consolidar el Modelo de Abordaje Territorial Integral, tales como capacitaciones, programas intersectoriales, acciones y acompañamientos singulares realizados por los DIAT y DTC, de los cuales se relatan varias experiencias con el objetivo de plasmar las maneras en las que el marco teórico-conceptual ha sido llevado a la praxis concreta.

PALABRAS CLAVES

políticas públicas en materia de drogas
dispositivos de trabajo comunitario
proceso diagnóstico
capacitación
acompañamiento
relatos de experiencias en territorio nacional

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS QUE CONCURREN A LOS DISPOSITIVOS

A partir de la implementación de la hoja de primer contacto (HPC) en 2016, se registró y sistematizó la información de un total de 23.298 personas que consultaron en los 62 Dispositivos de Abordaje Territorial (DIAT) y un total de 4.045 personas que consultaron en los 34 Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC).

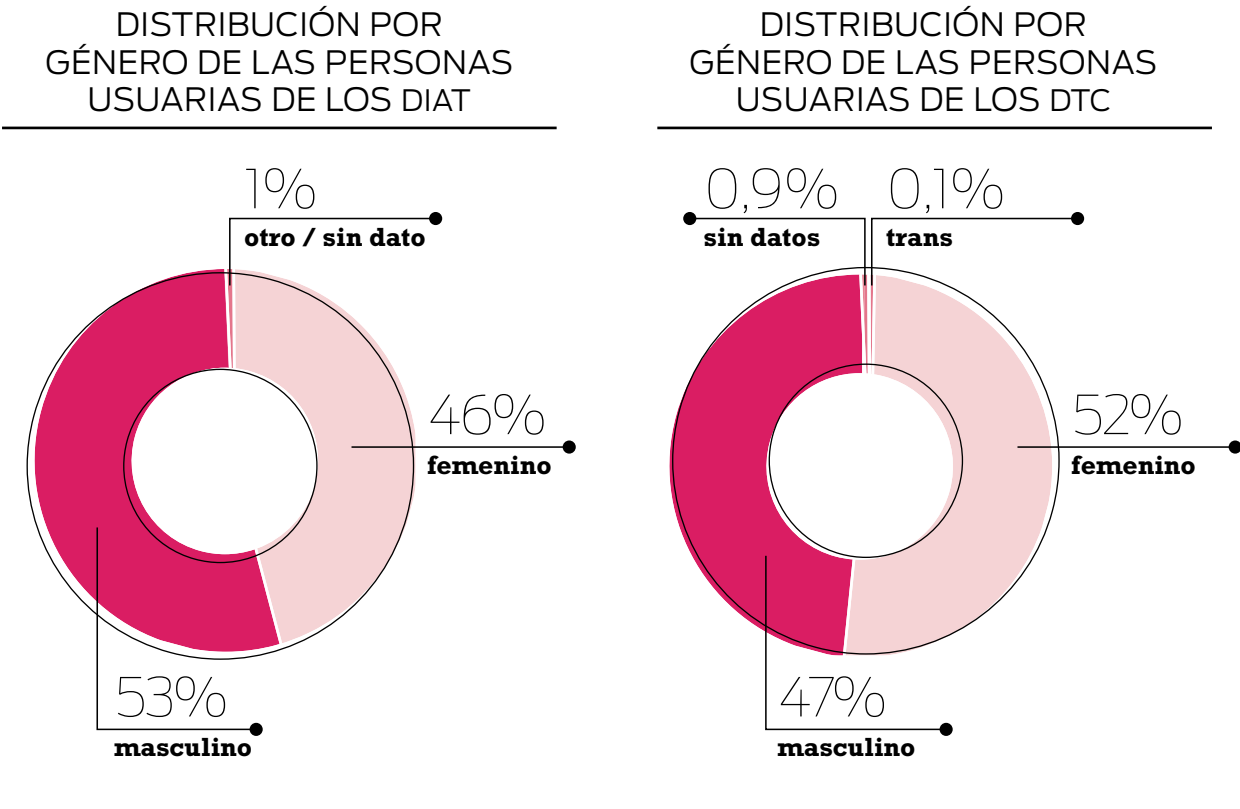
A continuación, se describirá el perfil de la población usuaria de los dispositivos, construido a partir de la información registrada en la HPC en función del género, el rango etario, el nivel educativo, el tipo de consulta, el motivo de la consulta y de las vulneraciones registradas en el proceso del primer contacto. Se realizará una caracterización de las personas usuarias con consumo problemático, sin perder de vista el género, la edad, la sustancia de consumo, y otras vulneraciones.

5.1.1 DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO

Al analizar el género de las personas usuarias de los dispositivos territoriales, en el caso particular de los DIAT, el 46% son mujeres mientras que el 53% son varones¹. En los DTC, el 52% del total de las consultas las realizan mujeres y 47%, varones. Un 0,3% de las personas que se acercan son transexuales. Esta distribución por género da cuenta de la mayor accesibilidad que presentan estos dispositivos para las mujeres, en comparación con otro tipo de centros. En los centros de tratamiento tradicionales –principalmente comunidades terapéuticas y centros ambulatorios–, la distribución por género de la población es del 18% en el caso de las mujeres y del 82%, en el de varones. En los dispositivos de abordaje integral de la Sedronar, se construyeron estrategias para bajar las barreras de género mediante una amplia oferta de actividades abiertas a la comunidad. Estos espacios brindan asistencia en contrturno a las instituciones clásicas del Estado en un espectro amplio de horarios posibles. Estas políticas constituyen una respuesta a los obstáculos en la accesibilidad (Maffía, 2011) al tratamiento de las mujeres en vistas de que, mayoritariamente, son ellas quienes sostienen el cuidado de los hijos (con frecuencia carecen de cuidadores alternativos y del apoyo de su pareja, de su familia o de programas institucionales que les garantice el cuidado de los hijos mientras dure el tratamiento). Asimismo, afrontan la ausencia de servicios específicos para embarazadas, la consideración del abuso del alcohol u otras drogas como causa para la retirada de la custodia de los hijos, la existencia de horarios rígidos en los programas asistenciales incompatibles con las responsabilidades familiares

¹ El 1% pertenece a la categoría "otros/sin datos". Se puede pensar que algunas personas de dicha categoría corresponden al colectivo LGTBIQ, aunque no haya precisión de la herramienta al respecto. Por otro lado, en los análisis de las demás variables por género, no se incluirá el "otros" por cuestiones estadísticas.

y domésticas, la existencia de listas de espera, la deficiente detección y derivación de los problemas de abuso de alcohol que afecta a las mujeres desde los servicios de atención primaria de salud. En virtud de observar estos postulados, los dispositivos plantearon objetivos específicos para ampliar el acceso a las mujeres, tales como generar espacios de cuidado para niños y niñas, ampliar los espacios de participación de las mujeres en función de sus intereses y necesidades, articular con programas de formación como "Hacemos Futuro", del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, entre otros.



Fuente: DNAE

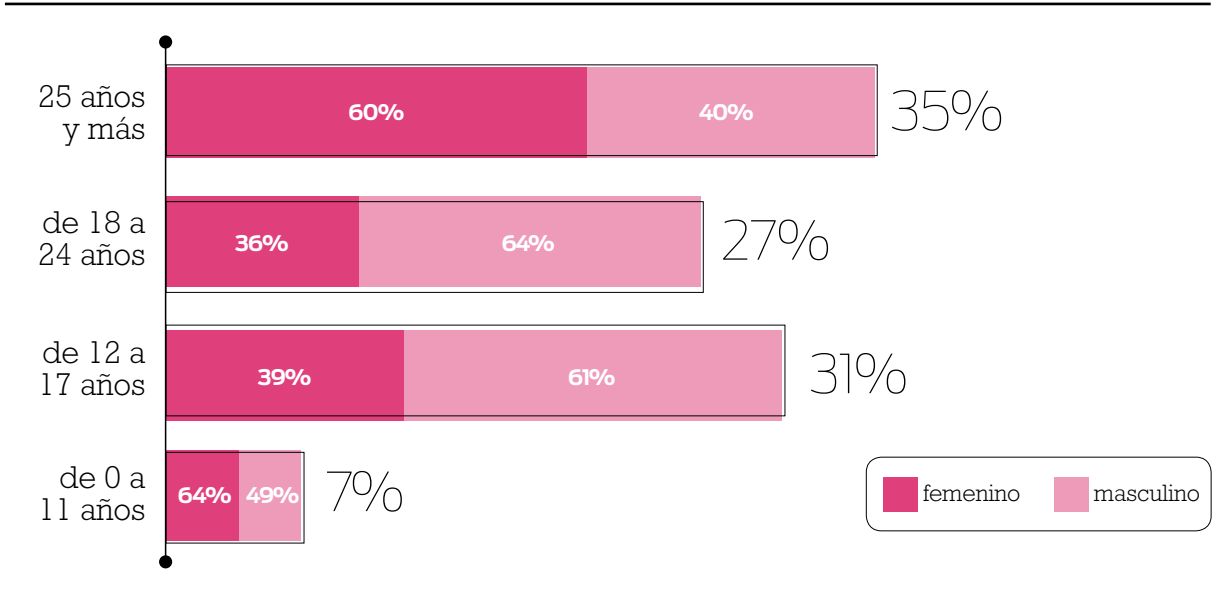
5.1.2 | DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Si se considera la edad de las personas usuarias de los dispositivos, se observa que la mayoría de las personas que se acercan son menores de 25 años, que en los DIAT representan el 35% del total, y el 44% en los DTC. Es importante destacar que los niños, niñas y adolescentes representan el 38% de los usuarios de los DIAT y el 36% en los DTC. En este sentido, los dispositivos se constituyen en actores claves dentro del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes.

Al analizar la distribución según género y edad, se puede observar que, en ambos dispositivos, la mayoría de las personas mayores de 25 años son mujeres, 60% en los DIAT y 66% en los DTC. Estas mujeres se acercan, en su mayoría, para realizar activida-

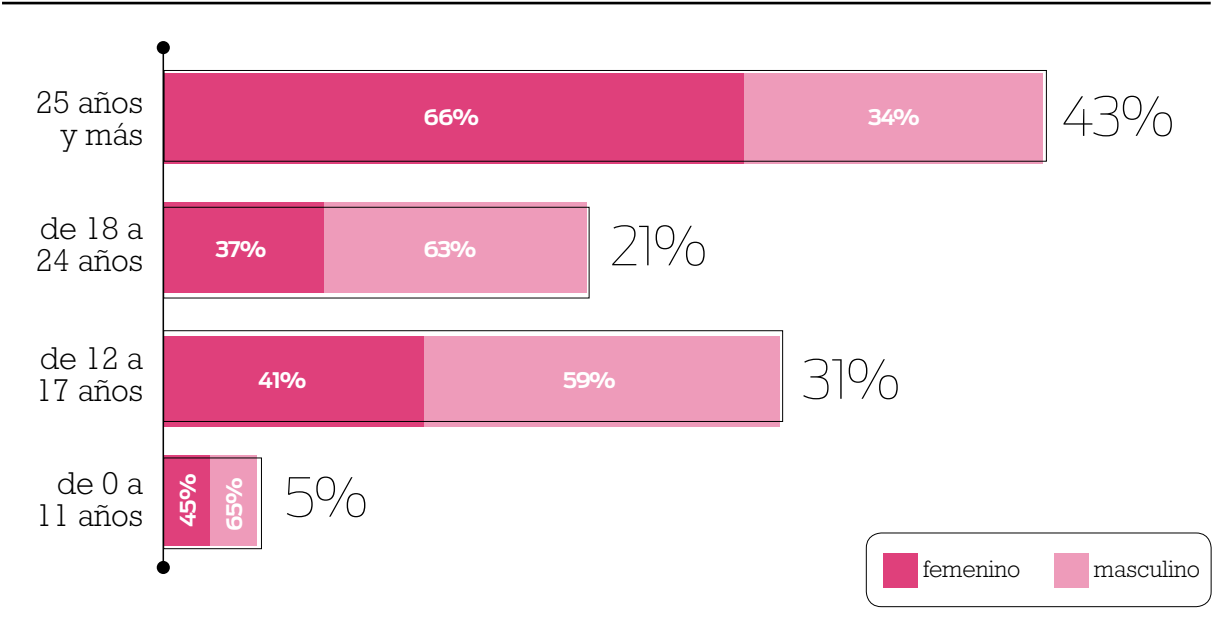
des promocionales diseñadas en los dispositivos para el acceso de mujeres en ese rango etario y para recibir orientación educativa. El 37% de estas mujeres participan en el dispositivo de la formación en el marco de la articulación con el programa “Hacemos Futuro”.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y EDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS DIAT



Fuente: DNAE

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y EDAD DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS DTC



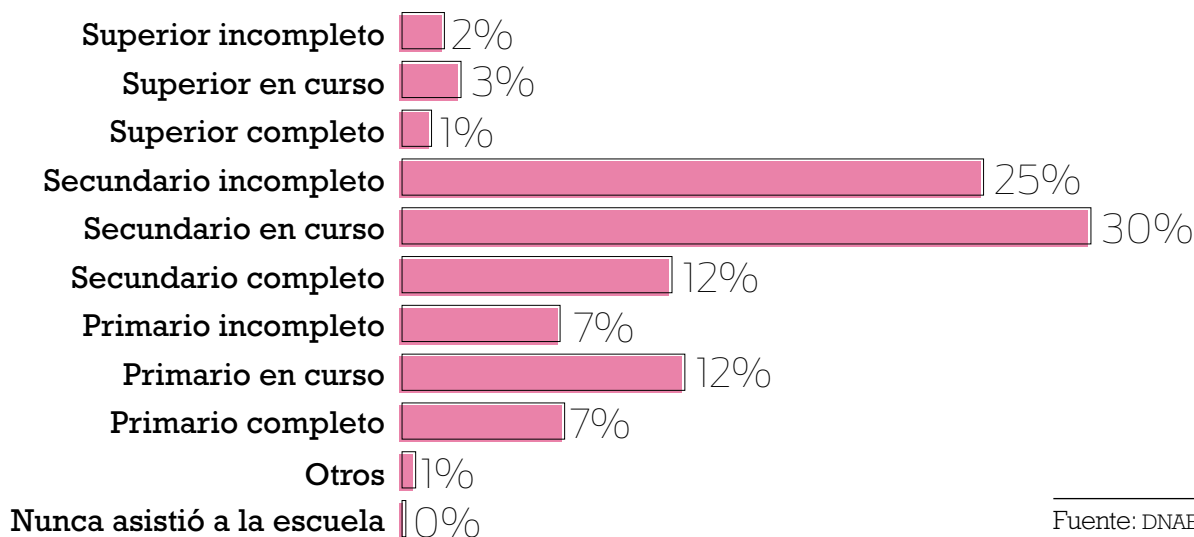
Fuente: DNAE

5.1.3 | DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVELES EDUCATIVOS

Al analizar la distribución de la población que asiste a los dispositivos desde el punto de vista de su nivel educativo, se observa que, en los DIAT, el 30% de las personas usuarias son estudiantes de educación secundaria, mientras que en los DTC el 21% de los asistentes transita este nivel educativo. Es relevante observar que en el 22% de la población de los DTC ha completado los estudios del nivel de educación primaria. El 25% de la población que asiste a los DIAT abandonó y/o no concluyó la educación secundaria y el 7% no logró finalizar la educación primaria. En el caso de los usuarios de DTC, el 14% abandonó la escuela secundaria y un 6% no continuó sus estudios primarios. Solo el 5% de las personas que se acercan a los dispositivos territoriales se encuentra cursando estudios de educación superior, y apenas el 3% puede sostener el cursado. Estos datos llevaron al diseño e implementación de estrategias de reinserción y acompañamiento educativo, como la articulación con escuelas, universidades y espacios de terminalidad educativa para generar estrategias de inclusión, y acompañamiento educativo dentro de los dispositivos, en pos de sostener la escolarización y de promover los procesos de reinserción. Con la implementación de estas estrategias, desde los dispositivos se acompañó a 2.411 personas en su trayectoria escolar, de las cuales el 74% logró sostener o finalizar el proceso de inclusión educativa.

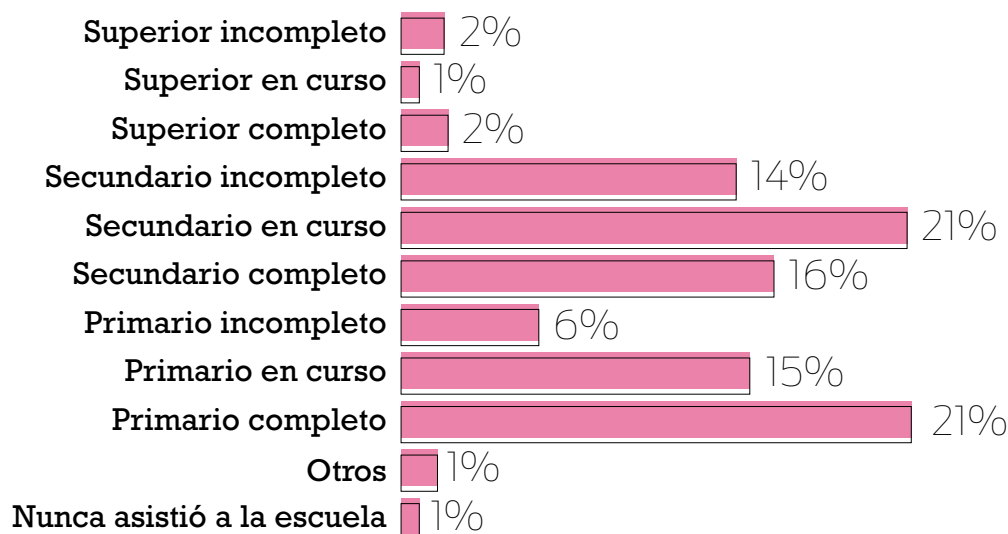
Cabe destacar que, si se suman los porcentajes de la población que accede a los dispositivos territoriales que se encuentra cursando estudios de educación primaria y de educación secundaria, se comprueba que más de un tercio se encuentra actualmente en contacto con el sistema educativo escolar: en los DIAT se registra el 42% y, en los DTC, un 36%. En consecuencia, la dimensión educativa, en general, y la articulación con actores del sistema educativo, en particular, son estrategias prioritarias de los dispositivos.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LOS DIAT, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



Fuente: DNAE

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LOS DTC, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO



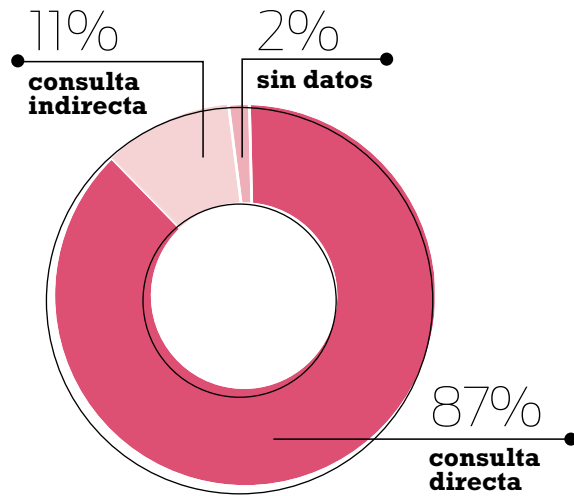
Fuente: DNAE

5.1.4 | DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE CONSULTA

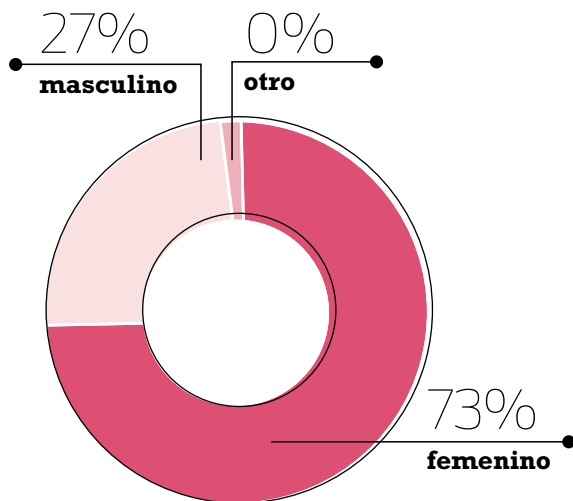
El tipo de consulta en los dispositivos puede ser directa o indirecta, conforme sea para la persona que la realiza o para un tercero. De las consultas realizadas, se desprende que en DIAT la mayoría de las personas que consultan lo hacen para sí mismas, el 87%; mientras que, en los DTC, el 46% corresponde a personas que consultan en, mayor medida, por un tercero. Esta diferencia puede asociarse a la modalidad de acercamiento e inserción de los dispositivos en las comunidades. Como se ha comentado en páginas anteriores, DIAT y DTC son dos dispositivos de estrategias complementarias en el abordaje integral a los consumos problemáticos y, en particular, los DTC son estrategias de menor umbral, que permiten mayor informalidad entre los actores y mayor frecuencia en los vínculos, que se sostienen por la participación de los equipos de Trabajo Comunitario en el territorio. Los DIAT, en cambio, tienen un nivel de institucionalidad mayor sobre la base de su emplazamiento edilicio en los territorios que contribuye a que las personas se acerquen con alguna demanda o consulta.

Si se analiza la distribución por género según el tipo de consulta en los DIAT, se puede observar que, en el caso de las consultas directas, son más los hombres que consultan por sí mismos (56%) que las mujeres (44%), mientras que en el caso de quienes consultan por terceros la proporción es inversa, el 73% es femenino, mientras que el 27% es masculino. Este resultado da cuenta de la persistencia del rol de cuidado en las mujeres, que se acercan más que los varones para consultar por otros. En esta misma línea, es importante destacar que el 54% de las consultas indirectas en los DIAT corresponden a madres que consultan por sus hijas e hijos.

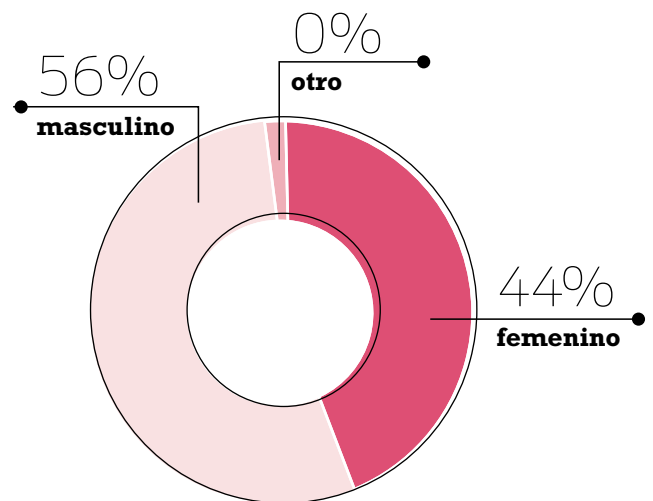
TIPO DE CONSULTA EN LOS DIAT



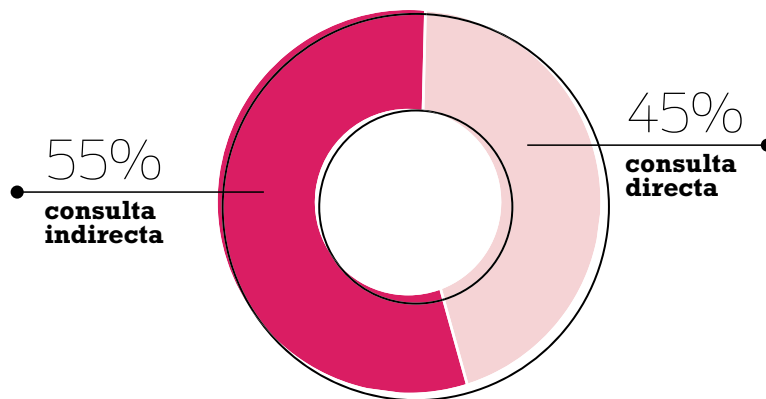
CONSULTA INDIRECTA SEGÚN GÉNERO EN LOS DIAT



CONSULTA DIRECTA SEGÚN GÉNERO EN LOS DIAT



TIPO DE CONSULTA EN LOS DTC



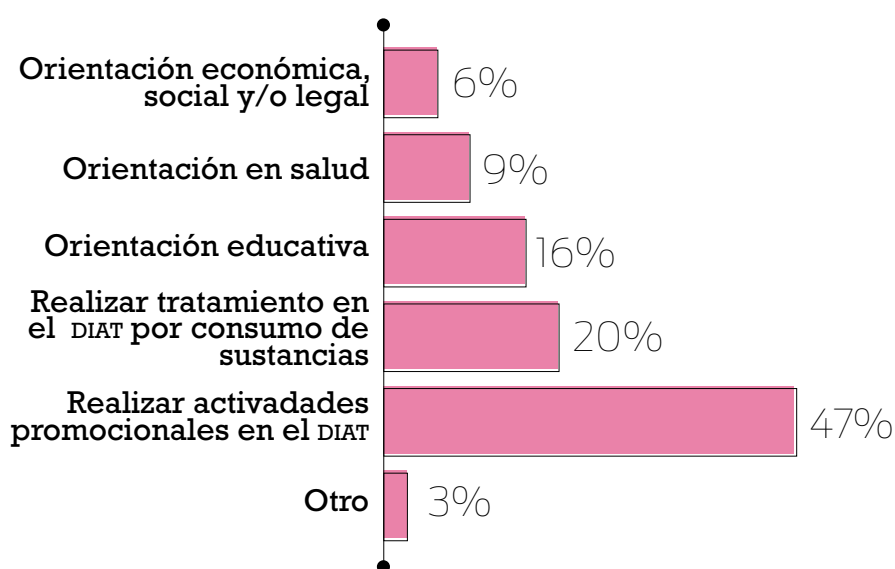
Fuente: DNAE

5.1.5 | DISTRIBUCIÓN POR MOTIVO DE CONSULTA

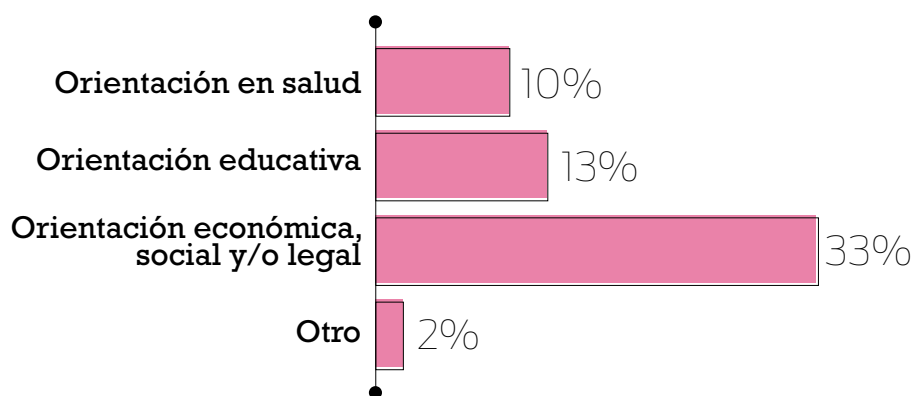
Las personas se acercan a los dispositivos territoriales por diversos motivos y, en muchos casos, una misma persona puede presentar múltiples demandas. Un 67% de las consultas realizadas en los DIAT tuvieron que ver con el desarrollo de actividades que se llevan adelante en el dispositivo, ya sea que fueran promocionales (47%) o para realizar tratamiento por consumo problemático (20%). Los DIAT son dispositivos que funcionan en un espacio propio, donde se desarrollan distintas actividades promocionales, educativas, laborales, entre otras.

En el caso de las consultas en los DTC, el 33% tuvieron como objetivo obtener orientación económica, social y/o legal. En los DTC se trabaja en, con y mediante la comunidad, se realizan actividades de vinculación, trabajo de calle y tareas específicas que buscan construir, fortalecer y visibilizar redes para el abordaje comunitario.

MOTIVO DE CONSULTA EN LOS DIAT



MOTIVO DE CONSULTA EN LOS DTC



Fuente: DNAE

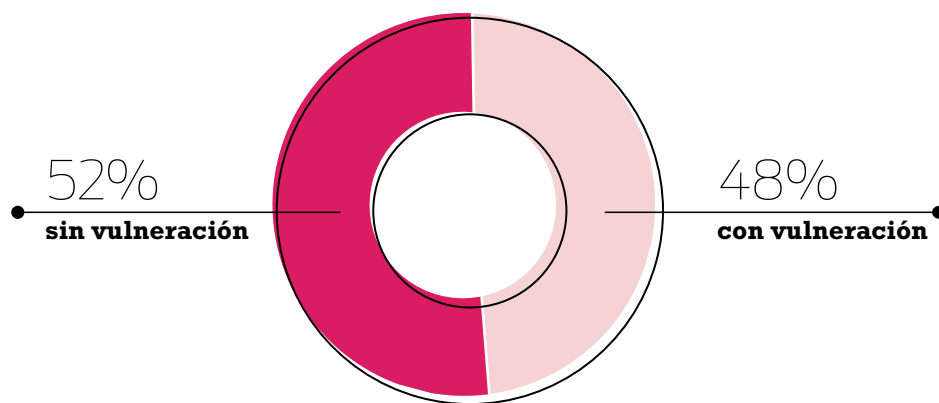
5.1.6 | VULNERACIONES IDENTIFICADAS EN EL PRIMER CONTACTO

La HPC es una herramienta que permite obtener datos para la elaboración de un diagnóstico con respecto a las situaciones de vulneración de derechos de la persona que acude a los dispositivos en particular, y de la comunidad en general. Este instrumento de registro se completa a partir de los datos que se construyen en un proceso de primera escucha, en consecuencia, hay múltiples situaciones de vulneración que se conocen después de completada la herramienta una vez iniciados los procesos de acompañamiento y de asistencia que correspondan a cada situación.

Asimismo, cabe aclarar que la herramienta HPC, por una cuestión analítica, toma en consideración las situaciones de *salud* que pueda estar atravesando la persona independientemente de las situaciones de *consumo problemático*. Es el caso de la variable de *violencias* que incluye distintos tipos y modalidades de violencia por la que puede estar atravesando la persona. La referencia a *conflictos legales* incluye cualquier proceso penal o civil en el que pueda verse involucrada la persona usuaria. Los problemas de *accesibilidad* refieren a las vulneraciones en el acceso a derechos tales como la educación, la salud, la documentación, el trabajo, la vivienda y programas sociales.

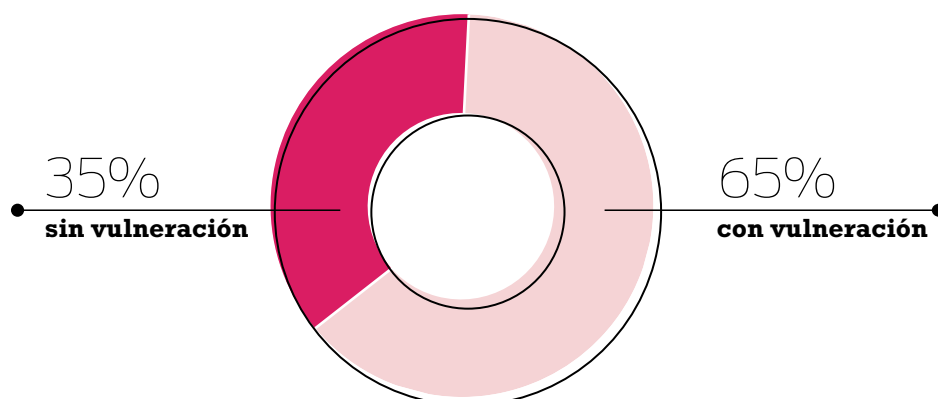
Así, pudo registrarse que, en los DIAT, al momento de la primera entrevista, el 48% de la población presentaba alguna vulneración de sus derechos. En el caso de los DTC y por tratarse de un dispositivo de menor umbral, con una fuerte impronta en la comunidad, las personas que acceden con vulneración de derechos al primer contacto alcanzan el 65% del total y, muchas de ellas, lo hacen en situación de extrema exclusión social.

PERSONAS CON VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL PRIMER CONTACTO EN LOS DIAT



Fuente: DNAE

PERSONAS CON VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL PRIMER CONTACTO EN LOS DTC



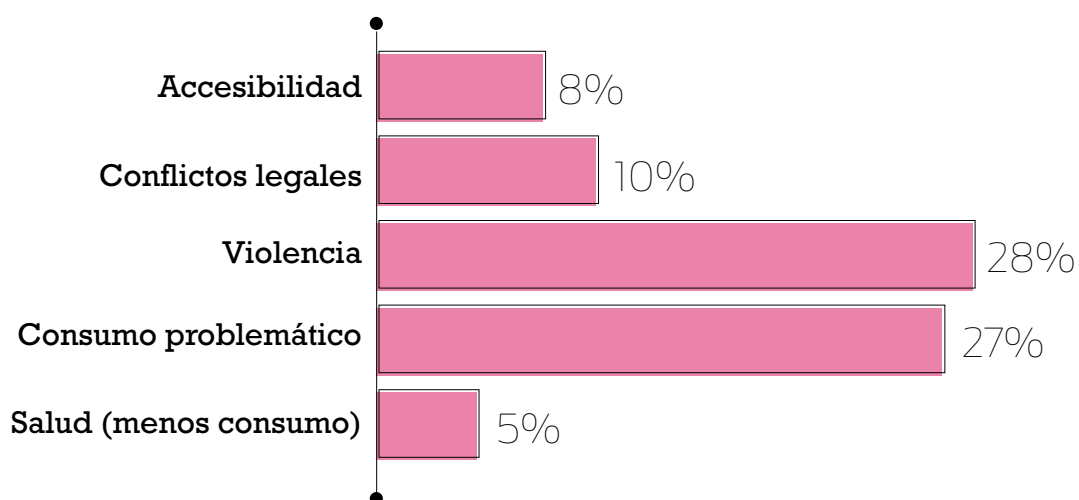
Fuente: DNAE

De las personas que asisten a los DTC, el 47% presenta problemas de accesibilidad. La problemática más recurrente de la población que asiste a los DIAT es la violencia: el 28% de las personas usuarias presentaron alguna situación de violencia al primer contacto, se trata, en su mayoría, de situaciones de violencia de género y de violencia intrafamiliar. En los DTC, el 22% de las personas manifestaron haber sufrido situaciones de violencia, en su entorno familiar (violencia intrafamiliar) y en sus centros de vida (violencia intracomunitaria).

En ambos dispositivos, es similar la cantidad de usuarios que manifiestan estar atravesando situaciones de consumo problemático, un 27% en los DIAT y un 26% en los DTC. Los dispositivos territoriales, como se mencionó anteriormente, abordan la problemática de consumo de manera integral, y son dispositivos abiertos a la comunidad, que tienen como objetivo el acceso y el ejercicio de derechos universales.

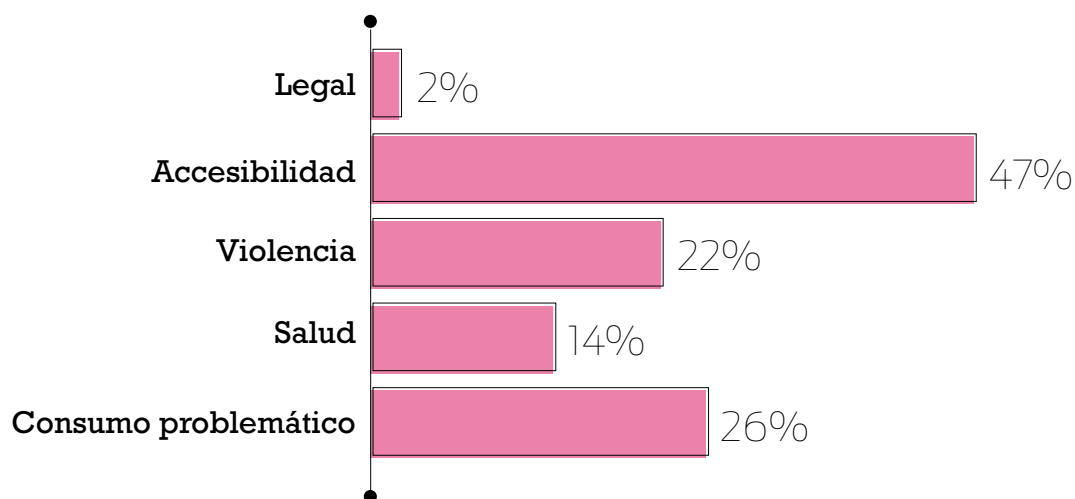
De las personas que asisten a los DIAT, una de cada diez presenta conflictos legales, con mayor frecuencia del fuero penal. En este sentido, los dispositivos se encuentran en un proceso de profundización y fortalecimiento de la articulación con la justicia en general, y con la justicia penal juvenil en particular, en pos de generar estrategias de inclusión social. Es importante destacar que se advierte un subregistro, ya que muchas de las personas usuarias desconocen si tienen alguna situación legal.

PERSONAS CON VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL PRIMER CONTACTO EN LOS DIAT



Fuente: DNAE

PERSONAS CON VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL PRIMER CONTACTO EN LOS DTC



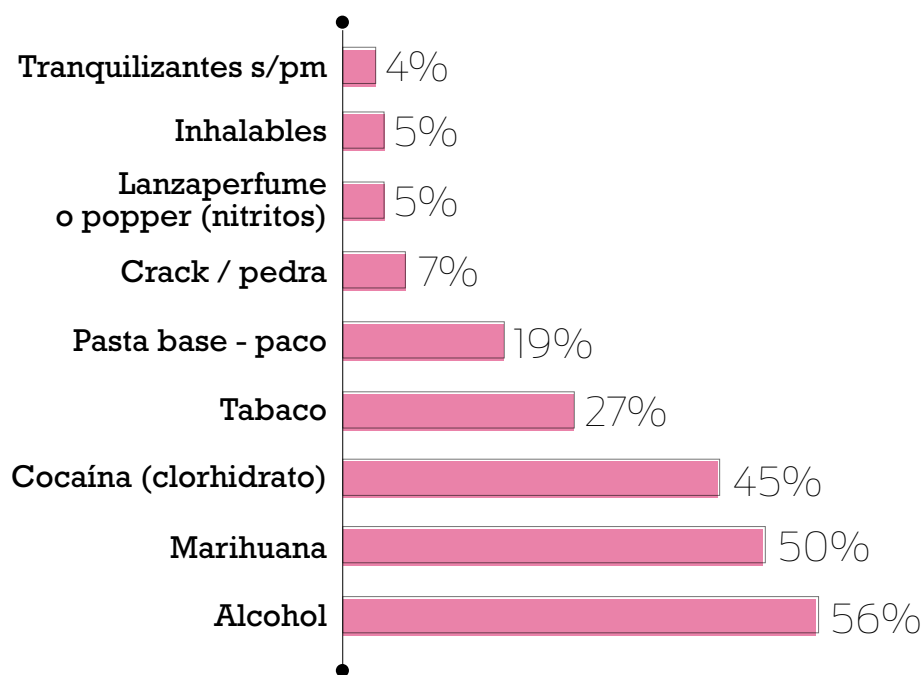
Fuente: DNAE

5.1.7 | CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Como se mencionó anteriormente, tres de cada diez personas que asisten a los dispositivos están atravesando situaciones de consumo problemático, es decir, consumos en los que, mediando o sin mediar sustancia, la salud física o psíquica y/o las relaciones sociales de la persona se ven afectadas. Una misma persona puede consumir más de una sustancia, es decir, que puede llevar adelante prácticas denominadas policonsumo. En efecto, el 67% de las personas con consumo problemático que asiste a los DIAT tienen policonsumo de sustancias.

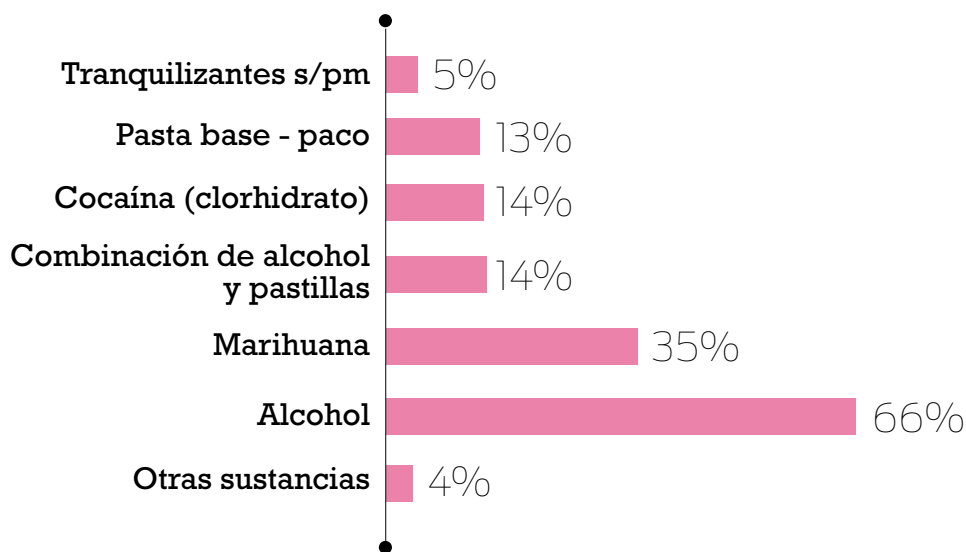
Al analizar el *tipo de sustancia* que consumen las personas usuarias, se puede observar que la sustancia de mayor consumo es el alcohol. En los DIAT, el 56% de las personas con consumo problemático consume alcohol, mientras que, en los DTC, el 66%. Este dato coincide con los relevamientos a nivel nacional que posicionan al alcohol, sustancia legal, como la de mayor consumo problemático en el país. Por su parte, la mitad de las personas con consumo problemático en los DIAT consume marihuana, y el 45% consume cocaína. Respecto del consumo de pasta base o paco, pudo comprobarse que lo consume una de cada cinco personas que asisten a los DIAT por consumo problemático. En el caso de los DTC, el 14% de las personas que asiste con consumo problemático de sustancias consume cocaína, el mismo porcentaje de consumidores de la combinación de alcohol y pastillas. En tanto, un 13% de las personas con consumo problemático que asiste a los DTC consume pasta base o paco.

PORCENTAJES DE POBLACIÓN CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS, SEGÚN SUSTANCIAS EN LOS DIAT



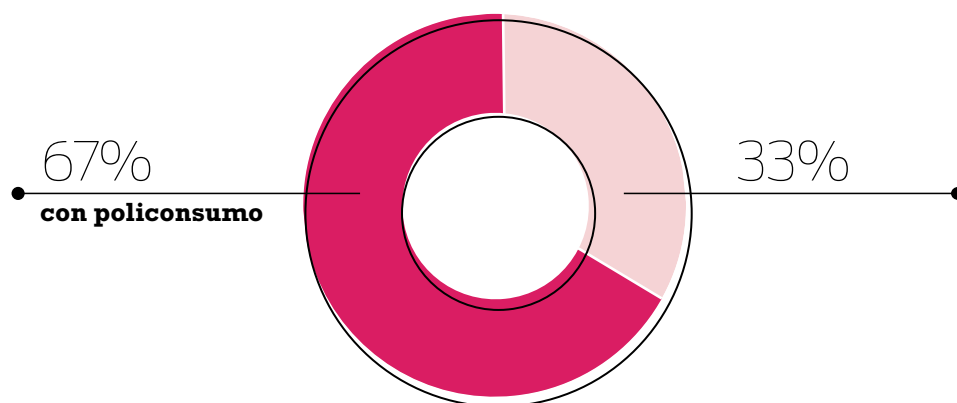
Fuente: DNAE

PORCENTAJES DE POBLACIÓN CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS, SEGÚN SUSTANCIAS EN LOS DTC



Fuente: DNAE

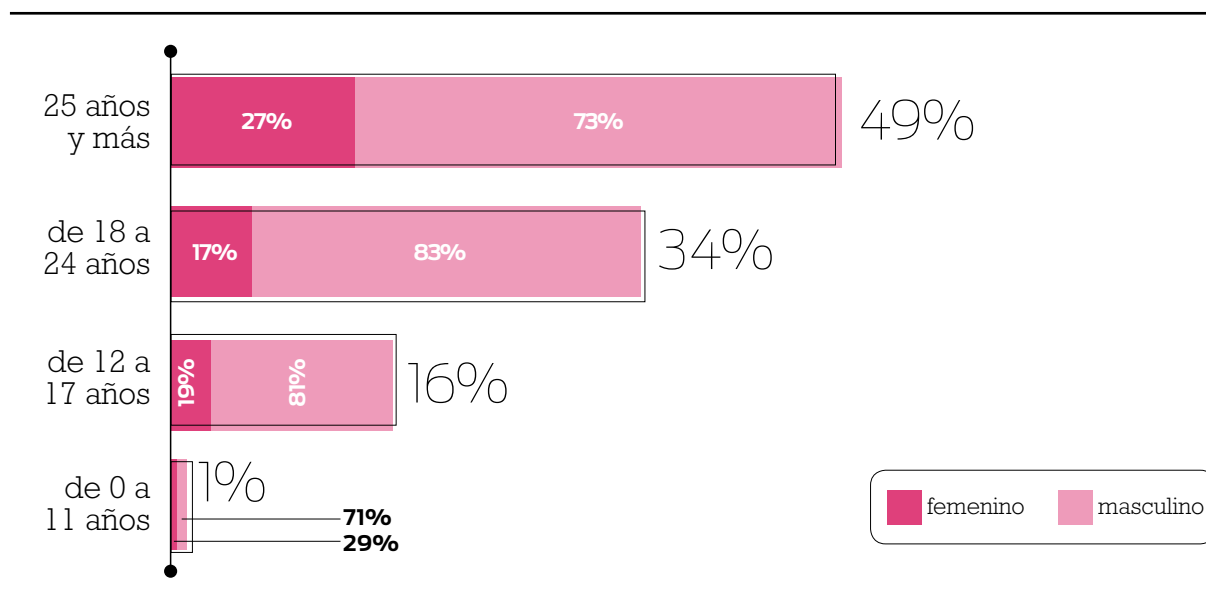
POBLACIÓN CON POLICONSUMO EN LOS DIAT



Fuente: DNAE

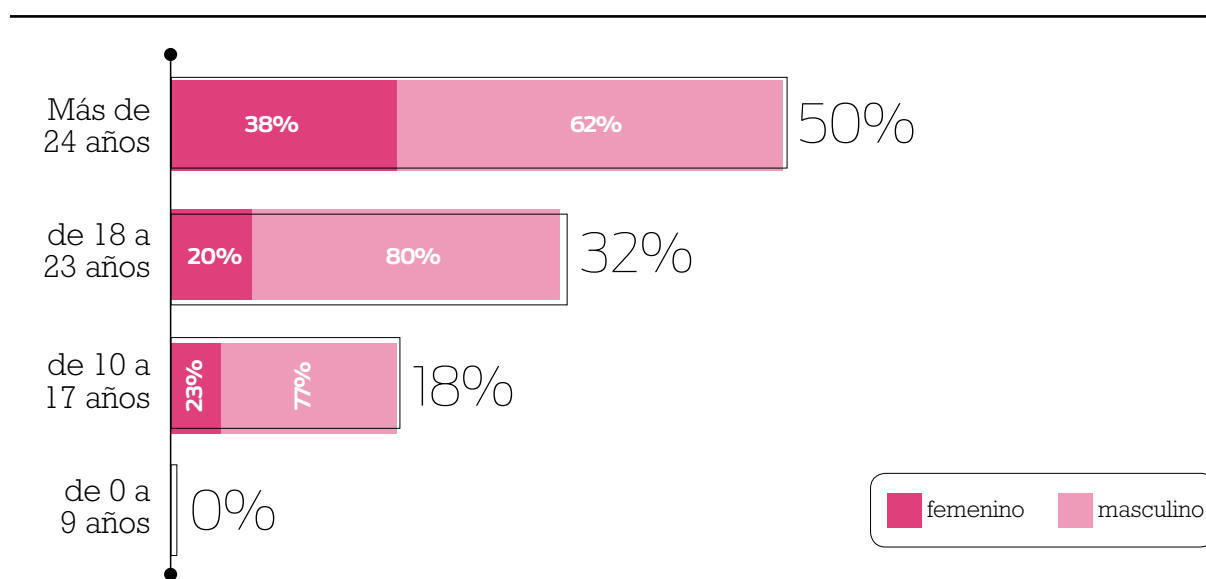
Al analizar la distribución por *género* y *edad* de las personas con consumo problemático, se puede observar que en ambos dispositivos la mayoría de los usuarios con consumo problemático son varones mayores de 25 años. Es importante destacar que el 17% de las personas con consumos problemáticos en los DIAT son niños, niñas y adolescentes, y en los DTC, el 18% pertenece a esa categoría.

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS POR EDAD Y GÉNERO EN LOS DIAT



Fuente: DNAE

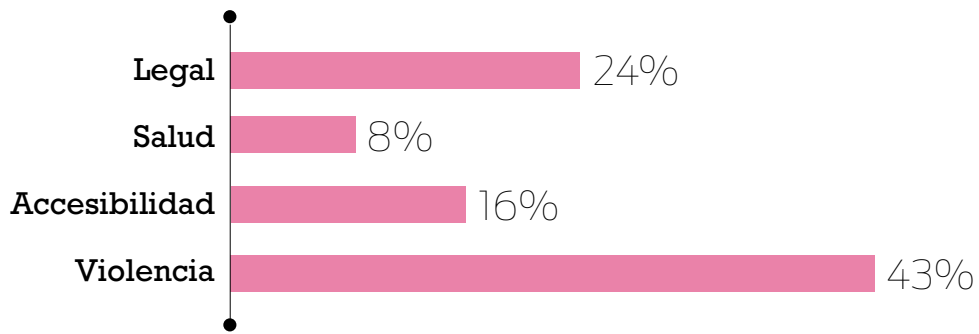
CONSUMOS PROBLEMÁTICOS POR EDAD Y GÉNERO EN LOS DTC



Fuente: DNAE

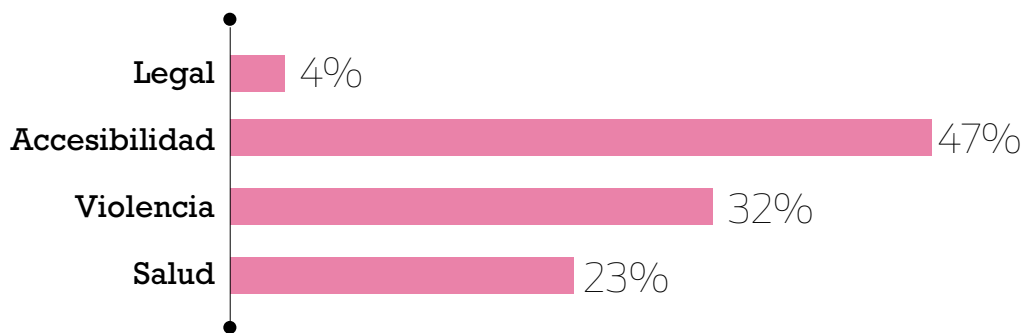
De las personas con consumo problemático que asisten a los DIAT, el 43% atraviesa alguna situación de violencia, y de ese universo se desprende que el 58% son mujeres. En los DTC, el 32% de las personas con consumo problemático padece situaciones de violencia. En estos dispositivos, la problemática más recurrente de la población, un 47%, tiene que ver con problemas de accesibilidad. A su vez, dos de cada diez personas con consumo problemático que asiste a los DIAT, tiene un conflicto legal, tanto en el fuero civil como en el fuero penal.

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN VULNERACIONES, EN LOS DIAT



Fuente: DNAE

CONSUMOS PROBLEMÁTICOS.
DISTRIBUCIÓN SEGÚN VULNERACIONES, EN LOS DTC

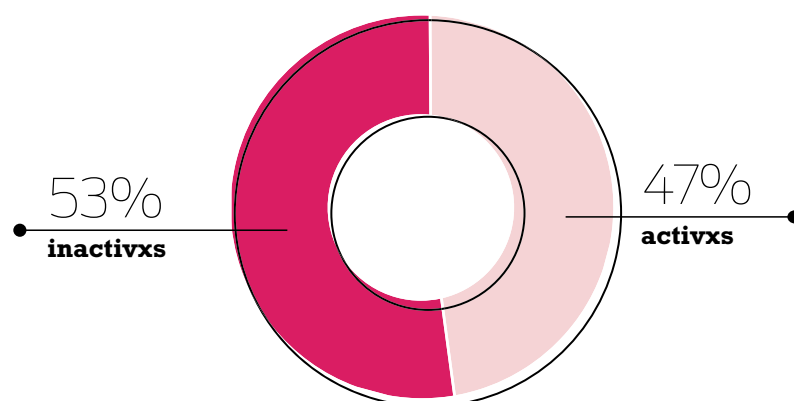


Fuente: DNAE

5.1.8 | PERMANENCIA EN LOS DISPOSITIVOS

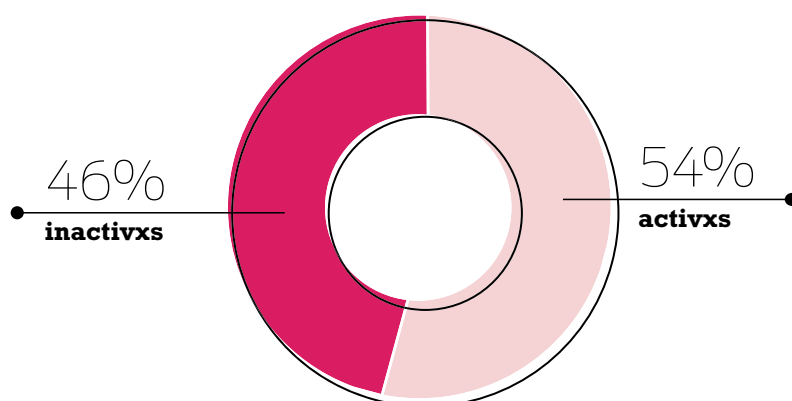
El acceso y la permanencia en los dispositivos da cuenta de las personas que siguen en contacto con los dispositivos. La mitad de las personas que se acercaron a consultar en los dispositivos, siguen activas.

PERMANENCIA EN LOS DIAT



Fuente: DNAE

PERMANENCIA EN LOS DTC



Fuente: DNAE

CONCLUSIONES

A partir de la información relevada mediante la HPC, se puede afirmar que los dispositivos de abordaje territorial favorecen el acceso de personas en situación de vulnerabilidad y consumo de sustancias, principalmente a los y las jóvenes. Asimismo, el modelo de abordaje y las estrategias específicas llevadas a cabo por los equipos permitieron mejorar la accesibilidad de mujeres con respecto a los centros de tratamiento tradicionales.

Por otro lado, las diferencias de ambas poblaciones muestran la complementariedad de ambas estrategias. Los DTC son dispositivos donde el contacto se da muchas veces mediante acciones de vinculación, en el trabajo de los equipos dentro de la comunidad, para construir, visibilizar y/o fortalecer redes para el abordaje comunitario, por lo que la mayoría de las consultas son indirectas y el motivo de consulta principal es la orientación con respecto al acceso a derechos. Los DIAT presentan un mayor grado de institucionalización y las consultas son mayoritariamente directas, para participar de actividades promocionales o realizar tratamiento por consumo dentro de los mismos dispositivos. Al mismo tiempo, los DTC son dispositivos de menor umbral y la problemática más recurrente está constituida por problemas de accesibilidad, mientras que, en los DIAT, la mayoría de los usuarios están atravesados por situaciones de violencia. Es de destacar que el consumo no es siempre la principal ni la única problemática de quienes se acercan a los dispositivos, sino que muchas veces es su vulnerabilidad social la que las/os lleva a requerir acompañamiento.

Se estima que tres de cada diez personas que asisten a los dispositivos tienen consumo problemático, de las cuales la mayoría son varones mayores de 25 años. En los DIAT, la mayoría de esta población está atravesada por alguna situación de violencia y una de cada cinco personas presenta conflictos legales. En los DTC la mayoría de las personas usuarias presenta problemas de accesibilidad. En cuanto al tipo de sustancia, en ambos dispositivos, el alcohol es la más consumida. En los DIAT, la mitad de esta población consume marihuana y un 45% consume cocaína. En los DTC, el 35% de esta población consume marihuana, y el 14% cocaína.

Tener un diagnóstico de la población que asiste a los dispositivos, permite pensar en estrategias singulares y colectivas para poder abordar las problemáticas más recurrentes de la comunidad donde se emplazan.

Asimismo, permite visibilizar con qué actores es necesario articular en función de un abordaje interactoral en el marco de la corresponsabilidad. En este sentido, resulta fundamental la articulación con todos los organismos del sistema de protección de niños, niñas y adolescentes, ya que estos representan más de un tercio de la población de los dispositivos.

La sistematización de la información de las personas usuarias permite reconocer a las poblaciones invisibilizadas, aquellas que no llegan a los dispositivos, y así elaborar estrategias para bajar los umbrales de acceso y favorecer la inclusión. Lo mismo puede contemplarse en el análisis del género de las personas que asisten a los dispositivos, debido a que menos del 1% pertenece a la colectividad LGTBIQ. En este sentido, diversos dispositivos comenzaron a pensar estrategias específicas para favorecer la inclusión de esta población.

5.2 ACCIONES DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE ABORDAJE ESTRATÉGICO

Desde la creación de la DNAE se han llevado adelante una serie de acciones en los territorios con el objetivo de implementar estrategias integrales de abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Para presentarlas, se agrupan según sus objetivos: acciones de capacitación y formación, programas intersectoriales y experiencias de la praxis cotidiana de los dispositivos.

5.2.1 ACCIONES DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS EQUIPOS TERRITORIALES

Para llevar adelante propuestas de abordaje integral ajustadas al marco normativo vigente, fue necesario fortalecer la profesionalización de las prácticas, sin perder de vista el desafío de deconstrucción de acciones tradicionales en el campo de la salud mental. Con este fin, se generaron espacios de formación para los equipos de los dispositivos territoriales y de otras instituciones locales afines a la temática.

El seminario de Formación sobre Estrategias de Abordaje Territorial organizado por la DNAE y desarrollado en colaboración con profesionales del Hospital en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte” y de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia estuvo dirigido a los equipos de DIAT y DTC, con los siguientes objetivos generales.

- Formar a los profesionales del Programa Equipos Comunitarios que desempeñan tareas en los DIAT y en los equipos de Tratamiento Comunitario sobre estrategias de abordaje en promoción, prevención y asistencia a los consumos problemáticos;
- Fomentar el desarrollo de estrategias comunes, en consonancia con la legislación vigente, en todos los DIAT y equipos de TC del territorio argentino;
- Promover el desarrollo de redes intersectoriales territoriales que habiliten la expansión de las estrategias a organismos dedicados a la prevención, la promoción y la atención de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

La organización del seminario se planteó en cuatro módulos, con temas y objetivos particulares.

SEMINARIO DE FORMACIÓN SOBRE ESTRATEGIAS DE ABORDAJE TERRITORIAL

MÓDULOS	OBJETIVOS
1. MARCO NORMATIVO	Conocer y analizar el marco legal nacional e internacional que fundamenta las prácticas territoriales.
2. PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL	Reconocer y diagnosticar las problemáticas de salud mental en general, y de los consumos problemáticos en particular.
3. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE	Desarrollar el diseño de la estrategia de abordaje con eje en el modelo de reducción de riesgo y daños.
4. HERRAMIENTAS DE SISTEMATIZACIÓN DIAT Y DTC	Consolidar el uso de las herramientas de registro y sistematización de los dispositivos territoriales

Fuente: DNAE

El seminario constó de dos modalidades: virtual y presencial. La modalidad virtual consistió en la presentación del corpus teórico y en el desarrollo de foros de debate y actividades, tanto individuales como grupales, con el objetivo de promover la articulación teórica con aspectos de la práctica concreta. En cada módulo se proponía como cierre un trabajo integrador evaluado cualitativa y cuantitativamente. En paralelo, la modalidad presencial consistió en encuentros regionales organizados en jornadas de trabajo con espacios de debate, talleres e intercambio de experiencias, con un fuerte acento en la articulación teórico-práctica de todos los temas abordados.

Durante nueve meses, con la participación de más de ochocientas personas, la capacitación permitió desarrollar acciones que resultaron fundamentales para fortalecer el modelo de abordaje integral territorial para los equipos de los DIAT y de los DTC.

Para el dictado y el acompañamiento de los equipos se editaron dos cuadernillos con los materiales teóricos seleccionados para cada módulo, que se encuentran disponibles en la página en internet del Observatorio Argentino de Drogas (OAD).

Las capacitaciones a referentes y equipos territoriales de los Dispositivos de Tratamiento Comunitario resultaron particularmente significativas, ya que la metodología resultó novedosa, tanto para los referentes como para los equipos territoriales. En este sentido, durante el período 2016-2019 se llevaron adelante espacios de formación sobre Tratamiento Comunitario y Abordaje Territorial a cargo de especialistas en la temática, como Efreml Milanese, Raquel Barros e Irene Parra.

De acuerdo con el plan pautado para esta capacitación, durante el tramo iniciado en 2016, se puso especial atención al estudio de la metodología y se procuró observar la importancia que esta adquiere para el abordaje territorial planificado. Se hizo hincapié, especialmente, en los conceptos, las prácticas, la relevancia de la perspectiva de redes; y la estructuración de un plan de trabajo.

En un segundo tramo, durante 2017, se profundizó en la comprensión de las comunidades como un sistema de redes construido a partir de las múltiples relaciones que los propios usuarios desarrollan con otros que les son significativos y que también *tejen* sus propias redes en sus entornos, es decir, en su entramado social, con sus propias redes, a la vez que formando parte de otras. En ese sentido, se trabajó sobre las herramientas de medición, de proceso y de evaluación, y su relevancia para analizar y evaluar el impacto de las prácticas llevadas adelante en los territorios, en relación con las personas usuarias y con los resultados obtenidos. Es decir, se enfatizó en la metodología al servicio de las prácticas destinadas a la accesibilidad y al acompañamiento de las usuarias y de los usuarios.

El tercer tramo se desarrolló durante 2018 y 2019; tuvo como objetivo profundizar, pensar y repensar a las personas usuarias y personas usuarias parceras, como también afianzar la definición del rol de los equipos y su función en los territorios. Esto último implicó afianzar la visibilización, el registro, la sistematización y la activación de las redes locales (formales e informales) como acciones propias de los DTC que conforman la capacidad instalada del trabajo de la Sedronar en los territorios.

La DNAE implementó un espacio de supervisión, reflexión y revisión de prácticas, con el objetivo de fortalecer el rol de referentes centrales de los DIAT y los DTC. El trabajo de los dispositivos implica una heterogeneidad de acciones que requieren de acompañamiento y de supervisión permanentes llevados a cabo, en gran medida, por los *referentes*. De acuerdo con el rol que asumen, los referentes deben acceder a una constante formación, pensar sus prácticas en espacios de revisión y analizar diferentes situaciones.

Así, la modalidad de estos espacios consistió en encuentros grupales periódicos, coordinados por un supervisor o supervisora, con amplio recorrido en el área de salud mental y abordaje a los consumos. Los ejes de trabajo se dividieron de la siguiente manera:

TEMAS ABORDADOS EN EL ESPACIO DE SUPERVISIÓN, REFLEXIÓN Y REVISIÓN DE PRÁCTICAS

EJE 1	Presentación. Introducción. Contextualización histórica. Revisión del marco conceptual y de los fundamentos del abordaje territorial. Marco normativo. Atención integral de la salud mental con perspectiva de derechos.
EJE 2	Presentaciones de la clínica actual de adultos y de niños, adolescentes y jóvenes. Padecimiento de salud mental. Consumos problemáticos. Modelo de reducción de riesgos y de daños. Desamparo social. Determinantes de la salud.
EJE 3	Prácticas institucionales respetuosas de los derechos humanos. Niveles de atención en salud. Efectores y dispositivos de la red de servicios de salud. Rol de los profesionales e integrantes de la red en los diferentes dispositivos y espacios de inserción. Criterios de derivación a la red de efectores. Red comunitaria para las estrategias de intervención. Incumbencias de los DIAT En la red comunitaria y de salud.

Fuente: DNAE

El proyecto de cierre se constituyó en un informe final, como marco referencial de la praxis para plasmar los aspectos trabajados en torno a diferentes ejes del rol de los referentes. El informe se encuentra disponible en la página en internet del Observatorio Argentino de Drogas (OAD).

5.2.2 PROGRAMAS DE ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

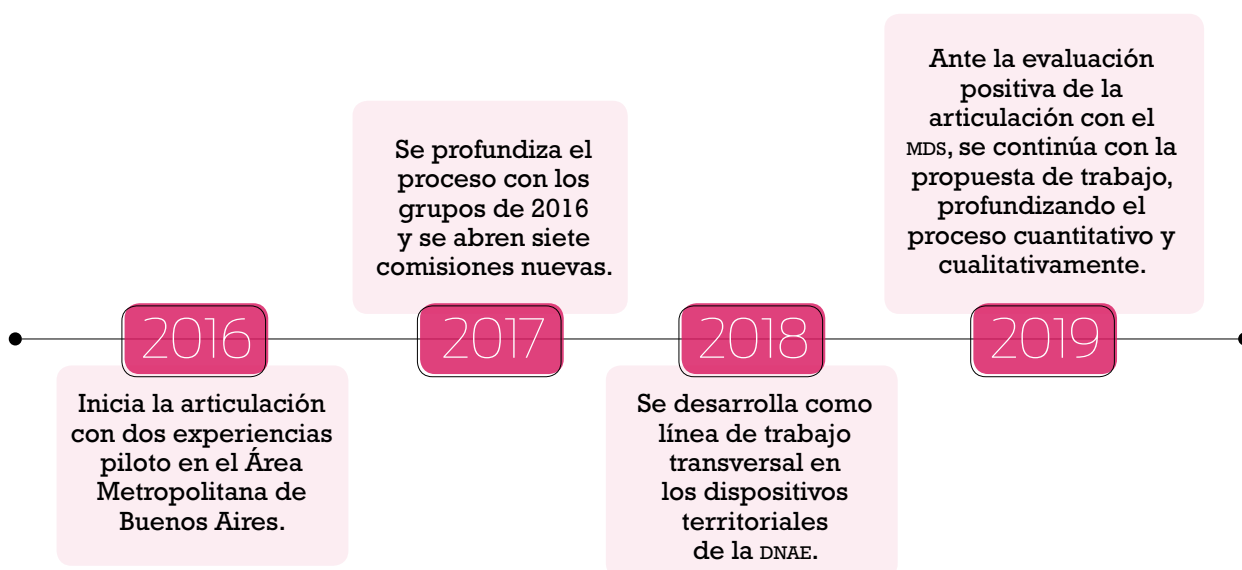
El abordaje integral a los consumos problemáticos requiere del trabajo de articulación intersectorial en referencia a la integración de los esfuerzos de actores provenientes de distintos sectores (salud, justicia, desarrollo social, educación, entre otros). Con este objetivo, se generaron acuerdos entre diferentes ministerios y la Sedronar, para implementar programas territoriales.

Formación de titulares del Programa “Hacemos Futuro”. En el marco de la articulación con la Dirección de Abordaje Territorial del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y la DNAE de la Sedronar, en 2016, se inició una experiencia piloto de formación a titulares de las becas otorgadas por el entonces Programa “Ellas Hacen”. El objetivo era el abordaje comunitario a los consumos problemáticos. De esa experiencia, participaron 22 titulares del Programa “Ellas Hacen”, de la localidad de

José León Suárez, Municipio de San Martín, y estuvo a cargo de una dupla técnica de la Dirección Nacional de Abordaje Territorial (DNAE), de la Sedronar.

Con motivo de la evaluación positiva que se realizó sobre ese proceso sostenido en 2016, se propuso y acordó la expansión de la propuesta a otras localidades, provincias y dispositivos en los que esta instancia pudiese sostenerse en el tiempo. A partir de la unificación de los programas “Ellas Hacen” y “Argentina Trabaja”, se amplió la propuesta a beneficiarios del Programa “Hacemos Futuro”, que tiene como objetivo brindar herramientas para la finalización de estudios y de capacitación de oficios para ampliar las oportunidades en el mundo del trabajo.

HISTORIZACIÓN DE LA ARTICULACIÓN



Fuente: DNAE

Actualmente, los equipos de los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT) y de los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC) desarrollan programas de capacitación a grupos con el objetivo de que estos puedan diseñar e implementar propuestas de abordaje comunitario a los consumos y poner en práctica las herramientas incorporadas a lo largo del proceso. En esta instancia, los equipos despliegan estrategias de acompañamiento, asesoramiento y contención ante situaciones particulares por las que atraviesan los beneficiarios y las beneficiarias titulares que acceden al Programa como, por ejemplo, consumo problemático de sustancias por parte de la persona que acude, o de familiares, amigos, vecinos; situaciones de violencia de género, entre otras.

El programa se implementó en 31 municipios, en los que han participado 1080 titulares del Programa “Hacemos Futuro”.

Como resultado de esta experiencia, se puede advertir en la evaluación global que se han generado espacios de encuentro entre las y los participantes, como así también de referencia con los dispositivos territoriales.

Asimismo, el Programa se constituyó como un espacio para la resolución y/o contención de ciertas problemáticas por las que atraviesan las y los titulares que participan, en particular, en relación con el consumo problemático de sustancias y diversas violencias. Es notable lo enriquecedor que ha resultado para las y los participantes la posibilidad de poder poner en palabras las problemáticas cotidianas y cómo estas experiencias enriquecieron a todos los y las asistentes. Se pudo percibir la apropiación de los contenidos propuestos en la capacitación y del enfoque que se les atribuyó porque se generaron identificaciones personales que, en algunos casos, habilitaron la demanda de mayores herramientas para el abordaje de problemáticas complejas.

En un sentido comunitario, el Programa permitió que los integrantes se reunieran a pensar, a reflexionar sobre las problemáticas de la comunidad; a generar acuerdos grupales; a poner el cuerpo y a diseñar actividades con diferentes poblaciones (niñas y niños, adolescentes, adultos mayores) orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades y hábitos que pueden ocasionarlas.

Acerca de este Programa se ha elaborado un informe global de gestión que se encuentra disponible en la página en internet del Observatorio Argentino de Drogas (OAD).

En el marco de la articulación con el Programa de “Incubación Social”

implementado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, se brindaron capacitaciones en distintos dispositivos territoriales de la Sedronar acerca de la temática de Costos y Comercialización, orientadas a fortalecer diversas experiencias cooperativas y del ámbito de la economía popular.

Los cursos estuvieron organizados en dos encuentros presenciales de ocho horas de duración o tres encuentros presenciales de seis horas cada uno, de acuerdo con la disponibilidad de las unidades capacitadoras. La capacitación tenía como destinatarias a las unidades productivas vulnerables (UPV) en funcionamiento, que constituyen diversas experiencias de economía social e informal; emprendimientos artesanales o comunitarios, emprendimientos individuales, familiares, grupales o asociativos y cooperativistas, con el objetivo de brindarles herramientas técnicas básicas para llevar adelante su iniciativa.

El contenido del curso se organizó en dos ejes, uno vinculado a los costos y el otro, a la comercialización de productos.

CONTENIDOS DE LA CAPACITACIÓN SOBRE COSTOS Y COMERCIALIZACIÓN

EJE DE COSTOS	EJE DE COMERCIALIZACIÓN
<p>Costos fijos y variables. Margen de contribución. Punto de equilibrio. Conformación de precio. Elaboración de presupuestos. Planificación económica. Registros administrativos. Planillas e instrumentos para la administración.</p>	<p>Comercialización. Identidad del emprendimiento. Diferenciación y segmentación de mercados. Redes sociales. Herramientas comerciales.</p>

Emprendimientos textiles, gastronómicos, de panificación, de estética, de elaboración de velas, de jardinería y plantas, granja y huerta; artesanías en metal, marroquinería, entre otros rubros, son algunos de los casos que lograron adquirir herramientas de evaluación de costos fijos y variables, orientaciones acerca de cómo elaborar un precio, qué valor asignarle a las horas de trabajo, cómo registrar costos y proveedores, además de establecer canales de difusión, diseñar una estética en el logo y segmentar el mercado para colocar sus productos.

Se capacitaron más de 80 unidades productivas mediante los cursos de Costo y Comercialización que se realizaron en: Avellaneda, Beccar, Lomas de Zamora, Mar del Plata, Moreno, (Buenos Aires); Concordia (Entre Ríos); San Rafael (Mendoza).

El Programa de Abordaje Integral al Consumo Problemático para Jóvenes en Conflicto con la Ley Penal fue desarrollado desde los DIAT, en el marco de las funciones de la dimensión legal. La articulación específica con los organismos competentes del Régimen Penal Juvenil ha sido una de las líneas principales de trabajo. A partir de la gran demanda de dichos organismos, surgió la necesidad de acompañar en términos comunitarios, las situaciones de los jóvenes en un proceso penal. En esa línea, se creó el Programa de Abordaje Integral al Consumo Problemático para Jóvenes en Conflicto con la Ley Penal (Resolución N° 426/2019) con el fin de promover su inclusión social en el marco de estrategias comunitarias integrales.

El programa promueve la inserción de jóvenes en conflicto con la Ley Penal a espacios potencialmente terapéuticos, en vista de que puedan cumplir la sanción impuesta fuera del ámbito de privación de la libertad. Se considera el encierro como una medida ex-

cepcional, y las medidas primarias como aquellas que se llevan a cabo en el centro de vida del usuario y con sus referentes afectivos. Mediante el acceso y el ejercicio de los derechos en sociedad, el usuario encuentra un escenario posible para la responsabilización subjetiva y la construcción de proyectos que fortalezcan su autonomía progresiva.

RÉGIMEN PENAL JUVENIL

¿QUÉ TIPO DE ACOMPAÑAMIENTO SE OFRECE EN LOS DISPOSITIVOS?

- Orientación y apoyo a la persona y a sus redes afectivas.
- Espacios psicoterapéuticos individuales, grupales y familiares.
- Participación en espacios promocionales.
- Acompañamiento en la reinserción y permanencia educativa.
- Acompañamiento en el proceso judicial en articulación con el/la defensor/a.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS DE ACCESO?

- Evaluación integral que consigne consumo problemático.
- Acuerdo interinstitucional en el marco de la corresponsabilidad.
- Ingreso mediante oficio judicial.
- Residencia en las zonas de influencia del dispositivo.

Fuente: DNAE



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Abriendo camino a un abordaje interdisciplinario e intersectorial desde una perspectiva de derechos humanos – DIAT Junín
- Entramando nuevas prácticas – DIAT Corrientes

En consecuencia, se propone generar instancias acordes a fin de que los jóvenes puedan desarrollar sus potencialidades y acceder a los ámbitos institucionales propicios para hacer efectivos sus derechos. El programa ofrece a los y las jóvenes en conflicto con la ley penal la inclusión en los espacios grupales e individuales de los dispositivos territoriales, con el objeto de realizar un acompañamiento en la construcción de herramientas propias para la elaboración de sus proyectos de vida.

El Programa “Sos Voz, encuentros musicales desde Sedronar” surgió a partir de la articulación entre la Sedronar, el Ministerio de Educación de la Nación y la Dirección General de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires (DGCYE). Se constituyó en una de las líneas de trabajo de la dimensión promocional presente en los DIAT. De este modo, las propuestas corales que despliega un equipo interdisciplinario permiten desarrollar una actividad artística basada en el trabajo grupal como individual.

Desde la Sedronar se diseñan espacios de promoción de derechos que propicien otros modos de relación con las y los demás y con una o uno mismo. El uso de la voz y su proyección hacia el canto grupal es una herramienta que genera condiciones para desarrollar y expandir la sensibilidad. Así, la propuesta de coros se inserta en una de las temáticas clave de las y los jóvenes: la propia voz interacciona con otras; se nutre, se amplifica, se complementa y genera un resultado estético sostenido por la trama vincular que forman quienes participan.

Esta experiencia permitió la circulación de grupos de jóvenes por distintos puntos del país, a tal punto que para algunos de ellos implicó conocer el mar. Esta movilización personal revistió un impacto subjetivo en quienes participaron. Asimismo, los encuentros corales presentaron la oportunidad de generar nuevos vínculos de amistad y de fortalecer los lazos ya establecidos con los propios compañeros.

El programa cumplió con los objetivos a nivel promocional de los dispositivos y afianzó los lazos de los equipos territoriales con las y los participantes, lo que generó repercusiones positivas en sus entornos cercanos. Las muestras corales habilitaron también la circulación de personas de la comunidad que hasta ese momento no habían tenido contacto directo con los equipos territoriales de los dispositivos.



En la actualidad, hay cinco formaciones corales distribuidas en ciudades de cuatro provincias: Bolívar y Mar del Plata (Buenos Aires); Palpalá (Jujuy); Ushuaia (Tierra del Fuego) y en la ciudad de Corrientes (Corrientes). Desde el inicio participaron más de 220 jóvenes y, en la actualidad, participan más de 130. El equipo de trabajo está conformado por más de trece profesionales, y se realizaron más de cuarenta presentaciones en vivo. En febrero de 2019, se realizó en el Complejo Turístico Chapadmalal un encuentro coral nacional, durante cuatro días. Asistieron 120 jóvenes provenientes de las cinco sedes corales. También se contó con la participación de otros dos espacios educativos musicales que funcionan dentro del marco de actividades de los DIAT: la orquesta de tango El Chingolo, del DIAT de Maldonado (Córdoba) y la banda juvenil del barrio Carlos Gardel, de Morón (Buenos Aires).

En noviembre de 2019, se llevó adelante en la ciudad de Mar del Plata la presentación de "Sos Voz", el primer CD digital del Programa Nacional de Coros de la Sedronar. Incluye grabaciones de las cinco formaciones corales del programa: el coro Ñande Oñondive (DIAT Bolívar, Buenos Aires), el coro Alta Voz (DIAT Casa Caracol, Mar del Plata, Buenos Aires), el coro Voces de Esperanza (DIAT Palpalá, Jujuy), coro Ensamble Vocal El Palomar (DIAT Ushuaia, Tierra del Fuego) y el coro Mbarete (DIAT Corrientes, Corrientes).

El proyecto "Ritmo, Barrio y Poesía" surgió como una iniciativa de los equipos territoriales que visualizaron que la cultura del hip hop convocaba a los jóvenes y servía como medio de expresión de sus intereses. El proyecto comprende festivales, clínicas y talleres de hip hop, con el objetivo de generar espacios de abordaje integral a la salud y restitución de derechos, fomentando la reducción de riesgos y daños relacionados al consumo problemático y la construcción de hábitos saludables. De esta forma, se buscó resignificar el espacio de la calle como lugar de participación social saludable e inclusivo, promocionando espacios culturales, recreativos y de integración para chicos, chicas y jóvenes de todo el país desde una perspectiva de derechos humanos. Es notable observar cómo a partir de dichos encuentros se desarrollan y fortalecen redes entre la comunidad y los dispositivos territoriales, vinculando a los y las jóvenes del hip hop en particular, y a las comunidades locales en general, con los dispositivos de la Sedronar en los territorios.

Cabe destacar que, tanto en los talleres como en los festivales, mediante los elementos *breaking*, *freestyle* y *graffiti*, que son característicos del hip hop, se trabajan transversalmente cuestiones de género, de educación y de promoción de la salud.

La experiencia habilitó la conformación de nuevos espacios de grupalidad en los que algunas personas usuarias encontraron un espacio para expresar las problemáticas por las que se veían atravesadas y, en consecuencia, fueron acompañadas por los equipos de los dispositivos territoriales. En el marco de las acciones desarrolladas por "Ritmo, Barrio y Poesía" se logró:

- ➔ La identificación de las características locales de la cultura de hip hop, con el objeto de desestigmatizar prácticas de los y las jóvenes del territorio local, y de ampliar la convocatoria a los espacios de los dispositivos.
- ➔ Un mayor reconocimiento de los DIAT y DTC por parte de la comunidad como espacios para los jóvenes y las familias en la prevención de los consumos problemáticos y la promoción de derechos.
Una mayor demanda de actividades sobre hip hop en los dispositivos territoriales.
- ➔ Fortalecimiento de los equipos de los dispositivos a partir de la incorporación de operadores y talleristas de los distintos elementos del hip hop.

- Un mayor interés en las problemáticas de géneros evidenciado por la participación en los talleres dictados en los festivales.
- Fortalecimiento de la articulación entre los equipos de los diat y dtc de diferentes puntos del territorio nacional, así como también con actores municipales, provinciales y nacionales en la realización de acciones en territorio, con un aumento en la presencia de la Sedronar en eventos comunitarios.

Para promocionar y promover las acciones llevadas a cabo desde el Programa se generó la página “Ritmo, Barrio y Poesía” en la red social Facebook, en la que se informan novedades del Programa, además de ser un nexo de comunicación para quienes participan.

5.2.3 | EXPERIENCIAS DE LOS DISPOSITIVOS TERRITORIALES

En el desarrollo de las propuestas de abordaje integral que llevan adelante los dispositivos territoriales, se pueden visualizar los efectos terapéuticos de los circuitos de acceso y restitución de derechos. Por tratarse de prácticas innovadoras en salud mental, el desafío principal es ajustar las acciones concretas al marco normativo vigente.

La práctica de asistencia integral se construye en el caso a caso y permite diagramar un “más allá” de lo singular, para impactar en lo colectivo. La inclusión comunitaria como horizonte obliga a repensar dinámicamente tanto el diseño de estrategias como en cada persona usuaria y su centro de vida, que se incluye, también, en la planificación del abordaje.



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Espacios de Escucha del Equipo TC, Barrio La Gloria, Mendoza

En este sentido, cabe destacar que las estrategias de la política pública están dirigidas a la comunidad en general, así como a segmentos poblacionales específicos históricamente vulnerabilizados (adolescentes, niñas y niños, mujeres, personas mayores y personas usuarias de sustancias). Este escenario y la apuesta a deconstruir prácticas estigmatizantes abren los interrogantes de cómo abordar las problemáticas sociales con especial atención en la especificidad del padecimiento de dichas poblaciones en el marco de los derechos humanos universales.

Uno de los factores que más aumenta el sufrimiento de los sujetos, como ya se ha mencionado, es la mirada estigmatizante que reciben de las propias comunidades de las que son parte y las redes institucionales por las que circulan. Entonces, en el esfuerzo de reducir el impacto de la exclusión, se deben considerar a *esos otros* que también tendrán intervención aún sin proponérselo, es decir, que la capacidad de



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Abordaje y acompañamiento en materia de Salud/ Salud Mental – DIAT y Equipo TC Eldorado, Misiones



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Un nombre representando el abordaje – DIAT “Casa Caracol”, Mar del Plata, Buenos Aires
- El interés como motor, un proyecto singular con impacto municipal – DIAT Chivilcoy, Buenos Aires



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Caminatas saludables – Equipo TC, Eldorado, Misiones
- Inclusión universitaria Primera generación en la familia de estudiantes universitarixs– DTC, Morón, Buenos Aires

alojar de los espacios comunitarios es un factor clave en los abordajes integrales.

Las intervenciones colectivas pretenden modificar algo, en los vínculos comunitarios, que favorezca la inclusión. En esta línea, los dispositivos han aportado experiencias que denotan movimientos significativos en las miradas entre sujetos e instituciones, que habilitaron nuevas modalidades a favor del objetivo. La apuesta está centrada en trabajar desde diagnósticos territoriales sobre las problemáticas concretas, pero también de la reflexión sobre lo vivido a partir de las propuestas que se fueron construyendo. Tal es así que, muchas de ellas, han surgido de encuentros con otros actores locales como también de aportes singulares de algunas personas usuarias.

El acompañamiento de las personas usuarias en los circuitos institucionales y la articulación entre ellas es una de las prácticas distintivas de los DIAT y los DTC. El desafío más claro que se observó fue el de pensar cómo esa tarea se conforma bajo el posicionamiento ético de trabajar con sujetos de derechos, a favor de la autonomía y en disputa del modelo tutelar de las prácticas históricas en salud mental. Es así como se entiende que el acompañamiento es para un sujeto que decide y las intervenciones comunitarias son acciones dentro de un territorio que porta vínculos conformados, articulaciones simbólicas, autonomía para resolver problemáticas e historia. Destacar esta cuestión es central ya que también es uno de los obstáculos más presentes.

Al momento de diseñar propuestas colectivas es preciso reconocer que seguramente las experiencias de intervención estatal, realizadas desde diversos paradigmas, conviven en los barrios más vulnerables y dejan marcas. La historia de la intervención social es algo que ya está inscripto y que habrá que retomar, fortalecer y muchas veces cambiar de sentido, a fin de no contribuir a violentar simbólicamente a los sujetos y comunidades.

Las experiencias grupales, de acceso a derechos, visibilizan una conexión clara con el espíritu del marco normativo vigente y un modelo concreto de asistencia integral. La promoción de derechos y el camino en el acceso es el inicio de



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Proyecto textil La Hormiguera, trabajo con mujeres parceras –Equipo TC, Barrio La Gloria, Mendoza



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- La Mansión – Equipo TC, Tilcara, Jujuy



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Consultorio bilingüe, comunidad qom – DIAT Fontana, Chaco



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Huertas familiares y comunitarias - Equipo TC Gualaguaychú, Entre Ríos

un trabajo que puede constituir, desde ese punto, una acción terapéutica que incluya una intencionalidad concreta para que cada una de estas acciones sean consideradas intervenciones. Los espacios promocionales son construidos estratégicamente con una intencionalidad terapéutica y de acceso a derechos, que viene dada de un modelo, y que se ajusta a las realidades locales, singulares y colectivas.

La asistencia, entendida en su sentido amplio, define espacios de escucha transversales a todas las estrategias de los dispositivos, se constituye en encuadres que trascienden el espacio de un consultorio; se realizan visitas domiciliarias estratégicas que evitan la violación a la privacidad, y se proponen espacios de talleres de calidad que den otro sentido a espacios históricamente conformados como “precarios para barrios precarios”.

El compromiso ético de despojarse de los propios prejuicios se ha convertido en uno de los obstáculos más frecuentes, en cuanto a que cada actor contribuye a la construcción de la identidad de un espacio comunitario. Es importante que quienes llevan adelante estas prácticas realicen el ejercicio de revisar sus posicionamientos morales y construcciones imaginarias propias, de lo contrario, esa actitud impactará directamente en la salud mental de las personas usuarias.

La construcción identitaria de la institución es la puerta de ingreso para las poblaciones excluidas. La referencia en la comunidad se da y se sostiene por esa imagen que el barrio pueda construir del espacio y de sus prácticas, así como también garantizar otros umbrales de exigencia, oportunidades para *sentirse parte* de un lugar colectivo y que sean los sujetos quienes puedan ofrecer respuestas a sus problemáticas con el acompañamiento estratégico de la política pública integral.

Ese *sentirse parte* implica el desafío de sostener prácticas que incluyan en su diseño la voz de los protagonistas, es decir, las personas que toman contacto con los dispositivos y sus comunidades. Los dispositivos se constituyen como plataformas para promover la participación comunitaria y favorecer la autonomía de grupos e individuos respecto a las acciones en torno a las vulneraciones de derechos.



Los invitamos a leer las siguientes experiencias para profundizar los aspectos aquí expuestos.

- Mesa de trabajo tribarrial – Equipo TC, Barrio San Agustoni, Pilar
- Abriendo camino a un abordaje interdisciplinario e intersectorial desde una perspectiva de derechos humanos – DIAT Junín, Buenos Aires

Estas acciones requieren que los equipos territoriales participen en espacios comunitarios, mesas regionales, reuniones con actores territoriales claves, entre otros. En definitiva, entramar redes en todos los planos que implica un territorio, ser parte de ellas, participar activamente.

EXPERIENCIAS TERRITORIALES

Las experiencias diversas que se desarrollan a continuación están relatadas por los equipos de los DIAT y de los DTC de la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico que las llevaron adelante en las distintas provincias de la Argentina.



EXPERIENCIA 1

A fines de 2018, desde el DIAT de Junín se comenzó a trabajar articuladamente junto a la Fiscalía del Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil en un proyecto que permitió generar el acceso de los jóvenes al dispositivo, ya que en muchos casos se podía observar la dificultad para acceder a otras instituciones del Estado, siendo siempre la judicialización la única respuesta.

Se comenzó a trabajar en un espacio cedido por la Fiscalía del Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil en el centro de la ciudad. Esto permitió bajar los umbrales de accesibilidad y generar un contacto fluido con los demás actores del proceso; la intervención se focalizó en los menores de 16 años (jóvenes inimputables por su edad tal como queda expresado en el artículo 63 de la Ley N° 13.634). Al mismo tiempo, se intentó que las intervenciones de los agentes de justicia (secretarios de fiscales, defensores) contemplen la perspectiva de derecho.

En este contexto, se promovió la generación de lazos con el dispositivo, a partir de indagar en los intereses y necesidades del joven, entendiendo que solo en el marco de los procesos de restitución de derechos surgen las condiciones necesarias para promover instancias de responsabilización subjetiva y construcción de legalidades que reinscriban al sujeto en el escenario de sus vínculos y relaciones comunitarias, luego de iniciado los procesos judiciales que lo vinculan al sistema penal juvenil.

Por medio de esta articulación se propiciaron espacios de *primera escucha*, que posibilitaron la generación de vínculos entre el joven y los profesionales, para comenzar un proceso de construcción de demanda a cargo del equipo interdisciplinario, que tendrá como objetivo la contextualización del pedido de intervención a fin de propiciar la lectura integral de la problemática. Asimismo, se realizaron entrevistas con referentes de la red vincular (familiar, tutor, adulto responsable) para construir redes que contengan a las y los jóvenes. Ambas entrevistas fueron

llevadas a cabo por el equipo interdisciplinario del dispositivo conformado por un psicólogo y un trabajador social y, a partir de las mismas, se construyeron con el sujeto los espacios de circulación y estrategias de restitución de derechos y reducción de riesgos.

Dicho equipo mantiene un contacto directo con el equipo de Fiscalía, el defensor oficial y otras instituciones que siguen la situación; de este modo, se propicia un trabajo en *corresponsabilidad*.

A continuación, se relata la situación de M. en relación con el acompañamiento y la construcción de redes institucionales en el marco del proyecto territorial. M. (en ese momento de 15 años) tomó contacto con el dispositivo a través de la participación en actividades promocionales abiertas a la comunidad en 2017. En el seguimiento cotidiano se registró que el joven no estaba asistiendo a la escuela, con lo cual, a partir de diversas estrategias, se dio curso a la inclusión en la escuela Escuela de Educación Secundaria N° 13. M. sostuvo su participación en la institución un corto tiempo. Además, en dicho período se tomó conocimiento de que M. estaba concurriendo a un espacio de terapia individual en el Centro Provincial de Atención en Adicciones (CPA), por sugerencia de la institución escolar a la que concurría previamente, así como también que su situación estaba siendo intervenida por el Servicio Local.

La participación de M. en el dispositivo durante 2018 fue fluctuante, consistió en la circulación por las propuestas promocionales. Su madre asistía al dispositivo y manifestaba la preocupación por la situación de consumo de su hijo.

Ante esta problemática, se realizaron visitas domiciliarias de vinculación con el joven en los períodos en los que este no accedía al espacio. Durante 2018 continuó participando del dispositivo en distintas actividades en forma discontinua.

En abril de 2019 el joven fue detenido y quedó privado de su libertad en el Centro de Contención de Junín. En este momento, el equipo del DIAT decidió presentar la situación en la mesa trabajo de jóvenes en conflicto con la ley penal a fin de pensar su abordaje de manera integral en el marco de la corresponsabilidad. Allí se propuso, a partir de la referencia ya disponible con el joven desde el DIAT, realizar una visita. En este contexto, el Trabajador social y el Psicólogo llevaron adelante una entrevista en la que se le sugirió conformar un espacio de escucha en el dispositivo. M. acordó con la sugerencia, y a partir de esa primera concurrencia, ha logrado sostener el espacio con una frecuencia semanal.

El objetivo principal del acompañamiento a M. fue trabajar los efectos de su paso por el Centro de Contención y las vulneraciones de derecho que crearon condiciones para su situación de restricción de la libertad, con gran impacto en su salud mental. A su vez, intentar limitar el padecimiento de atravesar por una institución restrictiva de su libertad. De esta manera, se propuso un espacio individual y una trayectoria posible a partir de la propuesta de desarrollo de actividades recreativas y formación en oficio, dando estatuto a los intereses que M. fue pudiendo ubicar en los encuentros con el equipo.

El espacio individual permitió abordar la historización de sus vínculos con referentes afectivos cercanos y el contexto en el que tomó ciertas decisiones; también se lo orientó en el registro de vulneraciones naturalizadas para ubicarlas como problemas. Por otro lado, se trabajó con M. sobre las posibilidades de construir proyectos que lo incluyan en lo colectivo. En los espacios de actividades promocionales también se pudo trabajar con las cuestiones que atravesaron al joven previo a su privación de libertad, para abordar el sentido de su cotidianidad, su capacidad de proyectarse y disfrutar de alguna tarea o vínculo consigo mismo y con los otros. Las situaciones de consumo problemático fueron tomando un sentido para M. y sus referentes, cuestión clave para limitar los procesos de estigmatización y exclusión que históricamente lo sostuvieron en el lugar de “joven peligroso”. De este modo, se trabajó sobre el fortalecimiento de sus redes afectivas.

Por otra parte, se construyeron junto con él, y otras instituciones por las que circula, diversas estrategias de acceso a la salud, la educación, la participación en la comunidad y, en la actualidad (2019), al ámbito del trabajo. En la actualidad, M. se encuentra escolarizado, asiste a la escuela N° 7 ex comercial en el turno noche. Desde el servicio local de promoción y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes se continúa trabajando el abordaje a la dinámica familiar, brindando asistencia y acompañamiento. Asimismo, se encuentra incluido en el programa “Autonomía joven”, encargado de la gestión de una beca con la cual solventar algún proyecto productivo y la formación en oficios.

Cabe destacar también que el equipo del DIAT mantiene un vínculo constante con la Defensoría a fin de facilitar el derecho de acceso a la justicia. De este modo, se dan a conocer detalles de su situación procesal, para garantizar su participación en el proceso judicial y su derecho a la legítima defensa.

Resulta evidente que el acompañamiento se convierte en el andamiaje para la trayectoria del conflicto con la ley penal. Así es como la construcción

de espacios inclusivos, el trabajo con referentes institucionales, afectivos y comunitarios favorecen el alivio del padecimiento, la responsabilización de sus conductas y la implicación a un espacio más allá de la obligatoriedad de la asistencia a un tratamiento. Los cambios de posición registrados han favorecido la construcción de una demanda singular que lo ha hecho sentirse parte de un espacio propio, con otros, y que favorece la circulación por otras redes que amplían el horizonte de proyección.

Se destaca lo fundamental del trabajo articulado interinstitucional que permitió poner en marcha acciones con criterios unificados, favorecer la deconstrucción del imaginario social respecto del joven, evitar las sobrecarga de intervenciones, construir y fortalecer las redes institucionales y afectivas. El horizonte de estas acciones ha sido siempre el egreso de M. del Centro de Contención Juvenil (ccj) y la inclusión comunitaria como reducción de los riesgos y daños a los que se ha visto históricamente expuesto.



EXPERIENCIA 2

En 2015, el DIAT de Corrientes Capital, comenzó a recibir oficios que requerían turnos para atención y tratamiento de jóvenes judicializados debido a conflictos con la ley penal; algunos de ellos estaban alojados en el Centro de Contención Juvenil (ccj). Posteriormente al ingreso de estos jóvenes al DIAT, los mismos juzgados solicitaron informes sobre el tratamiento y la evolución de cada usuario derivado.

A partir de estos pedidos surgió la necesidad de generar instancias de articulación para pautar criterios comunes entre ambas instituciones. Mediante estos encuentros, se logró en conjunto la construcción de protocolos de abordaje donde se incluyeron: la voluntariedad del tratamiento y el derecho de cada joven a elegir su modalidad, el respeto por la privacidad, el intercambio de informes interdisciplinarios, entre otros.

Actualmente, el dispositivo recibe jóvenes del ccj y del Hogar Pre Egreso de Varones "Miguel Magone" (Unidad Penal N° 6) con quienes se trabaja el abordaje de los consumos problemáticos en el marco de restitución y acceso a derechos. Las actividades que allí se realizan están orientadas al abordaje integral mediante estrategias psicosociales, educativas, culturales, recreativas y laborales.

El modo de ingreso al dispositivo comienza con la entrevista de admisión, a partir de la que se acuerda con el joven la participación de referentes

afectivos que acompañarán el proceso. Estos primeros encuentros, denominados *primera escucha*, tienen como objetivo vincular a él o a la joven con el espacio, considerando sus posibilidades y limitaciones, diagramando conjuntamente un recorrido posible en función de sus intereses y deseos.

Se realiza una evaluación situacional de las condiciones de él o la joven con respecto a acceso a derechos y se elaboran estrategias conjuntas para su restitución, articulando con las instituciones correspondientes en el marco de la corresponsabilidad. De esta forma, en el marco del consentimiento informado, se construye la demanda en conjunto con el sujeto, fomentando su participación activa e implicación subjetiva. Durante toda la intervención, se acompaña al sujeto en su derecho a la defensa, intercambiando informes interdisciplinarios con los juzgados intervinientes, para generar instancias de inserción social, teniendo como horizonte medidas no restrictivas de la libertad del sujeto.

Una vez que los jóvenes egresan de las instituciones especializadas, se informa al DIAT, que queda a cargo de la continuidad del acompañamiento psicológico, social y terapéutico. Es importante destacar que el 37% de las y los jóvenes continuaron asistiendo al DIAT luego de su egreso del CCJ.



EXPERIENCIA 3

En Tilcara, Jujuy, el Dispositivo de Tratamiento Comunitario se acercó a trabajar a un lugar en el pueblo conocido como La Mansión (“La Mansión” es una “casa abandonada” hecha de adobe: tiene dos habitaciones sin revoque ni piso, sin aberturas, sin baño ni cocina).

Allí, históricamente, circulaba un grupo de hombres, algunos de manera permanente y otros de manera ocasional, todos adultos entre 30 y 50 años, y eventualmente algunos jóvenes y mujeres. Todos presentaban situaciones de consumo problemático de alcohol, de tipo crónico.

El objetivo general que se planteó el equipo, está enmarcado en el abordaje integral a los consumos problemáticos y la reducción de vulnerabilidades. Para ello se plantearon una serie de objetivos específicos, como atender la deficiencia nutricional, contener y acompañar a las familias de las personas que se encuentran en “La Mansión”, promover el trabajo en red con distintos grupos, instituciones y organizaciones de la comunidad, y articular con los espacios específicos para el abordaje terapéutico.

Asimismo se realizaron diversas acciones como la articulación con instituciones (parroquia, Asociación Amigos de Tilcara) y personas de la comunidad para que colaboren con mercadería para cocinar; la articulación con el Grupo Operativo de Alcoholismo (GOA), que funciona en el Hospital Salvador Mazza, para hacer visitas a “La Mansión” a fin de realizar atención primaria de la salud, hacer un diagnóstico más profundo de la salud personal y promover el acercamiento al hospital para tratar las situaciones que así lo demanden. Al mismo tiempo, se brindó la información necesaria para la prevención de riesgos, se realizaron estrategias de acompañamiento grupal y personal en el acceso a derechos, se abordaron temas relacionados con la afectividad, el consumo, la vida familiar, la comunidad, el trabajo y la educación, así como la participación en actividades de mejoramiento habitacional: techado, baño, limpieza del canal de riego. Esto último resultó fundamental, ya que les permitió resignificar el espacio y proyectar nuevas experiencias. El equipo se acercó a este espacio durante un año, entró en contacto y realizó el acompañamiento de 70 personas, entre ellas 60 hombres, 6 mujeres y 7 jóvenes.



Un nombre representando el abordaje

EQUIPO DEL DIAT DE “CASA CARACOL”, MAR DEL PLATA BUENOS AIRES

EXPERIENCIA 4

En el DIAT de “Casa Caracol”, situado en el barrio Malvinas Argentinas de Mar del Plata, el equipo definió su trabajo con estas palabras:

En el DIAT comprendemos el tratamiento de los consumos problemáticos de una manera integral y amplia en el que la promoción de la salud es el eje. Es así que se ofrece a la persona que transita el dispositivo una serie de actividades que incluyen talleres y espacios en áreas relacionadas con la educación, el deporte, el ocio o la formación para el trabajo. El tratamiento se inicia con el vínculo que la persona hace con el equipo. Ser mirado, reconocido por su nombre, escuchado, recibido cada día hace que la persona transite un espacio que comienza a sentir como propio, y donde progresivamente va pudiendo generar vínculos de confianza. *Confianza* es una palabra que para muchas de las personas con las que trabajamos tiene implicancias muy complejas, ya que no suelen tener buenas experiencias con respecto a ser cuidados, protegidos o a tener vínculos de estabilidad emocional que generen confianza. En la vida de estos jóvenes todo es efímero, inestable y, a menudo, doloroso. Intentamos, desde el dispositivo, aportar desde la presencia, el afecto y los límites necesarios para que el sujeto pueda *subjetivar* su sufrimiento.

Con el nombre “Casa Caracol” el equipo pretendió reflejar lo que para ellas y ellos significaba el dispositivo.

Pensamos un nombre para ponerle al dispositivo e hicimos un ida y vuelta de palabras que nos fueran significando algo y surgieron dos cosas: el caracol como esa forma espiralada que va hacia el centro y se expande y viceversa, y surgió también la idea de los caracoles zapatistas con esta idea de “para todos, todo” y empezamos a construir pequeños slogans “lento pero avanza”, “ir con la casa encima”. Era como simbólico, muchos de los jóvenes que pasan por acá “vienen con la casa encima” y no tienen un espacio donde sientan que sea su casa, su hogar. (Entrevista a Laura Del Aqua, directora del dispositivo).

Casa Caracol está logrando lo que se propuso desde su origen: avanzar, y que la comunidad haga suya esta “casa”. Actualmente, transitan por el dispositivo aproximadamente 500 personas por semana que participan de las distintas actividades que allí se realizan.



El interés como motor, un proyecto singular con impacto municipal

EQUIPO DEL DIAT
DE CHIVILCOY,
BUENOS AIRES

EXPERIENCIA 5

La experiencia que se ha llevado adelante desde el dispositivo de Chivilcoy ubica con claridad el pasaje de la escucha singular a la propuesta colectiva, al favorecer la inscripción de sujetos excluidos históricamente en un nosotros que propicia un cambio de posición subjetiva y, a su vez, un impacto comunitario.

Así, la cotidianidad del dispositivo se conforma en el encuentro con el otro, en ese encuentro real, donde aparece el sujeto, lo que lo convoca, interesa, ofrece posibilidades de construcción y reparación. Así fue como, en un momento, cobró resonancia la presencia de un adolescente que asistía regularmente al DIAT y era mirado atentamente por el equipo y sus compañeros a causa de episodios reiterados en los que protagonizó algún daño material en la propiedad y elementos de uso común del dispositivo. D. no lograba participar de los espacios a los que se lo convocaba diariamente, transitaba por el dispositivo con el peso a cuestas de la mirada de los otros ante ese “peligro de destrucción potencial”.

En ese proceso dialéctico que implica la construcción de un acompañamiento singular, emergió la pregunta de qué le estaría sucediendo a D. para que su manera de transitar el espacio estuviera

marcada por este accionar repetitivo. De allí, y mediante la escucha, que trascendió la modalidad de *escucha* tradicional, se registraron conductas similares que se repetían en su historia, en diversas áreas de su vida y en distintos ámbitos institucionales. Entonces, el equipo comenzó a plantearse *marcar* la necesidad de cuidado, propio y de los otros. En esta línea se conformó un *acompañar* como soporte de lo posible, entendiendo que no habrá condición de posibilidad para construir con el otro sin vínculo, y sin pensar a ese recorrido como oportunidad para el encuentro.

A continuación, se relata cómo fue la construcción de esa estrategia.

Una mañana, después del desayuno, D. se encontró con sus compañeros en la parte exterior de la casa, estaban charlando y observando un objeto. Luego de detenernos en ese encuentro, percibimos que no habíamos registrado que dicho objeto resultaba muy significativo para él: *su bicicleta*. Preocupado por una rotura que le había descubierto, se lo vio intentar arreglarla; le ofrecimos una herramienta que podría ayudarlo en la tarea, aceptó y allí se armó otra escena. Pudimos ubicar, además, cómo el joven intentaba, por sus propios medios, reparar *algo del orden de lo dañado*, y esta vez con la asistencia de *otro* que está dispuesto a ayudar. Durante toda la mañana dirigió su esfuerzo en la construcción de un espacio propio para la reparación de su bicicleta. Entonces, seguimos observando, indagando en el modo de vincularse con ese objeto, que era, a su vez, un modo de vincularse con otros. A partir de esto, fuimos registrando cómo D. en la plaza, con otros adolescentes, se agrupaban, se convocaban y transitaban con sus bicicletas.

Es aquí donde surge la propuesta, en el marco del modelo de abordaje territorial integral, de generar instancias *nuevas* de algo *conocido*, impulsar ese *saber hacer* y acompañarlo a partir de ofrecerle un espacio que tenga un significado más allá del fin en sí mismo; entonces, ese espacio se vuelve potencialmente terapéutico. Es así como el equipo visualizó una oportunidad tanto para D. y su centro de vida, como para la comunidad que suele volverse el primer sector de exclusión. Una oportunidad para *hacer andar* la creatividad y *tejer redes* que pongan en marcha aquello que aparece en la singularidad de un usuario, pero que también tiene un correlato colectivo. Ese aporte de D. al campo de los otros, lo ubica en un *adentro*, cuando hasta el momento solía sentirse mirado desde *afuera*.

Es así como el equipo de DIAT, junto con D., inician el armado del grupo "Reparación de bicis", que se instaló como taller dentro del Dispositivo. De este modo, se impulsó la propuesta de ser reconocido por la comunidad en un sentido más amplio.

En primera instancia desde el DIAT se impulsó el encuentro con la Secretaría Municipal que lanzó el programa del taller y, de manera articulada, se convocaron a otros sectores que podrían hacer un aporte a la gestión y ejecución del proyecto. Es así como se logró la participación del área de Desarrollo Social, la Oficina de Empleo Local, el Club Ciclistas y un bicicletero de oficio que se ofreció como capacitador, con el objetivo de pensar estrategias de inclusión y formación profesional en el marco de este taller. En cada encuentro se fue articulando y poniendo en común los recursos de cada sector para ejecutar acciones relacionadas a la implementación del mismo. De esta construcción intersectorial surgieron los lineamientos que fueron dando marco al espacio del taller.

El espacio de taller funciona en el DIAT, en un ambiente acondicionado especialmente, conformado por la participación activa de todo el equipo en el diseño y planificación del proyecto. Este espacio se pensó como una instancia de aprendizaje de un oficio, pero también con el objetivo de promover una dinámica participativa, de circulación de conocimientos, saberes, experiencias, intereses, expectativas; aprendiendo de este modo de las y los demás.

A su vez, se articuló con el Ministerio de Trabajo y la Oficina de empleo local a fin de encuadrar el espacio de taller como formación profesional, con la certificación correspondiente.

La financiación de los recursos económicos para la adquisición de herramientas e insumos quedó a cargo de la Secretaría de Seguridad, en forma conjunta con la Secretaría de Desarrollo Social. Asimismo, desde Desarrollo Social surgió la iniciativa de articular acciones para la promoción del espacio, promoviendo así la inclusión de participantes que no concurren al DIAT pero podrían transitarlo, como espacio abierto no estigmatizado. Además, se pensó la articulación con el equipo del Hogar de Abrigo Municipal de adolescentes para formular la posibilidad de esta participación enmarcada en la Ley N° 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Por otro lado, se propuso el acompañamiento y participación en las bicicleteadas, organizadas principalmente por el Club Ciclistas, que se desarrollan con gran participación de la comunidad.

El Capacitador (bicicletero de oficio) desarrolló el contenido teórico y práctico del taller. En principio se propuso recuperar y reciclar 50 bicicletas en desuso (en la actualidad llevan reparadas 12 de ellas), que se encontraban en un depósito municipal y ponerlas a punto para que puedan ser usadas nuevamente como bicicletas públicas. La propuesta consistió en

prestar el servicio por hora, a personas o grupos, que quieran movilizarse en bicicleta por la ciudad, disfrutar de unas horas de recreación o utilizarla para mayor accesibilidad sin tener que pagar por ello. La logística quedó a cargo de la Dirección de Tránsito. Surgió, también, como actividad de intercambio, la presentación de una muestra fotográfica en la que se vea reflejada la cultura local en relación con el uso de la bicicleta; se convocó a diferentes sectores (escuelas, particulares, centros culturales, centros de jubilados, escuelas de arte, entre otros) a que retraten momentos, lugares, personas, situaciones; y participen de una muestra y concurso con la selección de las 12 mejores fotografías que conformaron un calendario anual que pueda generar reflexiones y aprendizajes colectivos en relación al uso del espacio público, particularmente de los espacios viales.

También se presentó un proyecto de Curso de reparación de bicicletas que ya cuenta con un programa específico para el acceso de cualquier persona de la comunidad.

Las estrategias de inclusión comunitaria crean condiciones para la inscripción en lo colectivo de los sujetos históricamente excluidos, y permiten generar alivio en el padecimiento de ese sujeto estigmatizado a partir de que su propia comunidad deja de identificarlo como *un otro peligroso*, del cual tiene que protegerse.

La experiencia también está pensada para replicarse en Gualeguaychú, así como en otras ciudades que quieran explotar un circuito turístico u ofrecer un medio de transporte sustentable como las bicicletas.



EXPERIENCIA 6

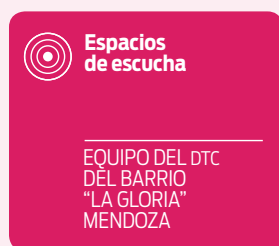
En Gualeguaychú, a partir de una articulación con el Municipio, se decidió llevar adelante la metodología de TC en todas sus áreas programáticas, implementándola como metodología de abordaje territorial.

Una de las acciones llevadas a cabo en este marco, es el proyecto Huertas familiares y comunitarias para las familias que quieran desarrollar sus propias huertas, mediante la articulación entre el Equipo del DTC, el área municipal encargada del programa Plan de alimentación sana, segura y soberana y el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA).

El proyecto incluye la capacitación para las familias y la facilidad para el acceso a los insumos de la huerta; incluye, además, un acompañamiento por parte de personas que hacen el rol de *madrinas* y *padrinos* de cada familia.

En una primera etapa, han comenzado a trabajar más de 30 familias. Aquellas que no tienen espacio físico se han organizado con otras familias para generar huertas comunitarias.

El proceso incluye el mejoramiento del hábitat de las familias, la descacharrización, la limpieza de la maleza, el sembrado, el cuidado y el riego de la huerta. El proyecto se vincula, también, con el taller de carpintería del espacio Casa joven (espacio municipal al que asisten jóvenes en tratamiento por el consumo de sustancias), para hacer la división no sólo de la huerta sino del espacio familiar. El equipo del DTC acompaña esta instancia que requiere de un trabajo de orden y organización familiar. Uno de los aspectos más positivos del proyecto fueron los cambios que se observaron en varias usuarias y usuarios quienes, a partir de la participación en dichos espacios, mejoraron su situación social y de salud. Es por esto que todas las actividades y espacios son abordados como espacios preventivos de promoción de la salud.



EXPERIENCIA 7

El equipo de DTC del barrio "La Gloria", Mendoza, se propuso en diciembre de 2016 generar un espacio de presencia permanente durante el verano, cuando la gran mayoría de las instituciones del barrio se encuentran cerradas.

Estas actividades de verano se presentaron en dos líneas estratégicas: talleres recreativos y artísticos dirigidos a jóvenes, y *Espacios de escucha*. Estas líneas de acción se ubican en distintos puntos del barrio para garantizar el acceso de todos los y las jóvenes, sorteando la conflictividad territorial.

Efrem Milanese define a los *espacios de escucha* como "un servicio de bajo umbral de acceso para la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la derivación". En esta línea de pensamiento, los espacios fueron pensados como un dispositivo para el acompañamiento de casos individuales, en articulación con las redes y recursos de la comunidad. Desde dicho dispositivo se ofrece la escucha de la situación emergente, y se construye –siempre en diálogo con los sujetos que concurren– una estrategia de intervención y de acompañamiento. Esta estrategia se elabora en virtud de los recursos y redes con los que cuenta la persona, la comunidad y también el equipo.

El espacio de escucha, que nació en un contexto específico del barrio (período de receso de verano), se sostuvo durante el resto del año. La *Hoja de primer contacto* y el análisis en términos de vulnerabilidades y recursos de la persona, fueron los principales insumos para pensar la estrategia de intervención desde los equipos técnicos. La institucionalización de este dispositivo se dio en *proceso*, ya que fueron definiéndose los días, los horarios y los lugares donde la comunidad podía encontrarse con el dispositivo. Actualmente, los sujetos llegan al servicio por medio de las distintas redes que el equipo construye en la comunidad.

En busca de que la perspectiva de redes esté presente en estos espacios, el equipo técnico se capacitó en Análisis de Redes Sociales (ARS), a partir de la organización y participación de un curso de posgrado en articulación con la Universidad Nacional de Cuyo. Se comienza a desarrollar, a partir de esta actividad, una nueva metodología teniendo en cuenta los aportes del ARS desde su enfoque egocéntrico que parte de la perspectiva del usuario en una situación de vulneración de derechos.

A partir de una entrevista diseñada y realizada por el equipo técnico interdisciplinario del dispositivo, se le pregunta al usuario sobre su red social (vínculos con personas significativas para él mismo). De este modo, se visibilizan sus redes personales que constituyen una información central para el diseño de la intervención. El mismo sujeto puede informar con fiabilidad sobre las relaciones “amigables” entre los miembros de su red y clasificar esas relaciones, por ejemplo, en función de los tipos de apoyo que él percibe de los mismos o en relación a los ambientes que éstos transitan. Caracterizar la estructura de las redes del sujeto permite el diseño, a partir de estas evidencias, de distintas estrategias de diversificación de dichas redes. La hipótesis de trabajo de los equipos técnicos es que, si cambian las condiciones relacionales en el interior de las redes personales del sujeto, se producen cambios en el estilo relacional entre sus miembros, llevando a modificaciones en el estilo de vida de la persona.

Desde 2019 se comenzó a utilizar el software Egonet para graficar, diagnosticar y evaluar estas redes. Dicho programa facilita que el sujeto pueda visualizar su red al finalizar la entrevista y, por lo tanto, forme parte de su análisis, junto con el equipo interdisciplinario que la realiza. El trabajo con este método y la utilización de este software en particular, permite poder trabajar a partir del consentimiento informado, establecido en la Ley N° 26.657 Nacional de Salud Mental.

Esta nueva metodología para la reconstrucción y diagramación de las redes personales se utiliza en los *Espacios de escucha* con sujetos que atraviesan una o más de las siguientes situaciones:

- sujetos con consumos problemáticos;
- sujetos con los que se ha tornado repetitivo el abordaje y cuyas intervenciones no han dado resultados positivos;
- sujetos con los que ya se tiene un vínculo de confianza suficiente como para realizar la entrevista con Egonet en el marco de los Espacios de escucha;
- sujetos cuyas vulnerabilidades o demandas requieren un abordaje longitudinal.

Entre los resultados más importantes obtenidos desde la construcción del dispositivo se pueden mencionar:

- el dispositivo Espacio de escucha permitió incorporar al usuario o al sujeto en situación de vulneración de derechos, de forma activa en el proceso del diagnóstico y diseño de la estrategia de acompañamiento e intervención;
- el análisis utilizando el software Egonet contribuyó en el proceso de identificación de los nodos según los ambientes de vinculación. De este modo, se puede orientar la diversificación de la red hacia los espacios con escasa participación;
- el sujeto logra una mayor comprensión de sus recursos relacionales, ya que puede distinguir los tipos de apoyo que recibe de su red personal y, de esta forma, potenciarlos estratégicamente para alcanzar sus metas.

Todo esto implica una mayor eficiencia en los manejos de los recursos que ya posee el sujeto, el sistema comunitario y los equipos técnicos a la hora de pensar diferentes estrategias de intervención.



EXPERIENCIA 8

Desde 2017, el equipo del DTC del barrio "Agustoni" de Pilar viene desarrollando diversas actividades con actores formales e informales del territorio.

Acompañan situaciones de personas que se acercan al equipo, así como también favorecen y gestionan instancias comunitarias.

Durante 2018, el equipo se planteó fortalecer las redes existentes en la comunidad. En función de esto, se generaron espacios de encuentro de los cuales participaron actores formales e informales del barrio. Así surgió la

Mesa de trabajo *tribarrial* (barrios “San Alejo”, “La Lomita” y “Agustoni”), colindantes, en la que participaron organizaciones de la sociedad civil, estatales de distintos niveles, actores del ámbito de la salud, religiosos, entre otros. Cada uno de estos actores venía trabajando con las y los jóvenes del barrio que se encuentran en situación de vulnerabilidad social, pero de manera desarticulada.

Desde un principio, el objetivo de la Mesa fue diseñar estrategias de trabajo que permitieran integrar a los tres barrios, y diseñar y visibilizar diferentes propuestas y ofertas de actividades, principalmente para las y los jóvenes. En este sentido, el DTC fue un facilitador activo, como parte de la organización e implementación de las actividades y también articulador entre los distintos actores.

Así fue que luego de una fase de diagnóstico, se llegó a la conclusión de que para superar los diversos conflictos de base que se veían entre los jóvenes de estos barrios era importante generar un proyecto común: la organización y festejo itinerante de fechas importantes para estas tres comunidades.

En función de esto, el 2 de septiembre de 2018 se organizó el festejo del “Día de la niñez”, en el barrio “Agustoni”, en el que participaron más de 15 instituciones formales e informales (de los tres barrios), que históricamente realizaban ese festejo de manera separada. El evento favoreció la cooperación de la comunidad, desde el respeto y la ayuda mutua, fortaleciendo así los vínculos interinstitucionales y comunitarios. Del festejo participaron más de 900 personas, en su mayoría niños y niñas de la comunidad y de los barrios aledaños. En las reuniones de la Mesa, posteriores a la actividad, los diferentes actores comentaron la buena recepción de la comunidad, que se mostró entusiasmada por la cooperación y por la buena organización de la jornada. El balance fue positivo y sirvió como facilitador para seguir generando acciones en conjunto *desde* la comunidad *para* la comunidad.

En 2019 el festejo del Día de la niñez se llevó adelante en el barrio “San Alejo”; en esta ocasión, el festejo se organizó a partir de la colocación de gazebos en los que se ubicaron las diferentes organizaciones con sus talleres.

Otro ejemplo significativo del trabajo con las redes comunitarias, formales e informales, es el festejo de *la tribarrial*, en el que se desarrolla un concurso de talentos barriales. Esta actividad se llevaba adelante, históricamente, eligiendo a la reina del barrio.

Mediante el trabajo de la Mesa, se resignificó este proceso y se generó una Jornada de promoción de talentos barriales de la comunidad; de este modo, se permitió la participación de vecinos y vecinas que quieran mostrar y compartir sus talentos.



EXPERIENCIA 9

A fines de 2017, a partir de los operativos de salud realizados en el barrio “20 de Junio”, entre los integrantes del equipo del DTC y Gerónima, una promotora de salud, surgió la idea de reactivar como *Actividad de vinculación* una propuesta que años atrás se había desarrollado allí, pero se había discontinuado: la caminata saludable. La idea original era promover un espacio de recreación, actividad física y control de peso y presión arterial para las mujeres del barrio, utilizando un recorrido más o menos fijo entre la plaza y las calles aledañas. Tanto los miembros del equipo como Gerónima habían detectado en su trabajo en el territorio que gran parte de las mujeres de la comunidad padecían hipertensión, sobrepeso, diabetes a temprana edad, estrés o sedentarismo, sin que el barrio contara con ningún espacio donde realizar actividad física. Retomar bajo la forma de Actividad de vinculación una acción de estas características, implicó llevar adelante una iniciativa concreta de prevención y asistencia inmediata *con, en y para* la comunidad; un espacio de bajo umbral donde se pueda realizar actividad física con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida a partir de un abordaje integral de la salud. A su vez, en el marco de las actividades de vinculación, se buscó favorecer la participación comunitaria y fortalecer los vínculos entre el equipo y los actores comunitarios, manteniéndolos a través del tiempo.

Cuando se retomó la actividad, en un principio costó que las mujeres del barrio concurrieran, pero mediante la difusión casa por casa y colocando anuncios en los comercios cercanos, se pudo aumentar la cantidad de asistentes. En abril de 2018, la gran convocatoria, entre 20 y 25 mujeres, permitió que la actividad adquiriera estado público y sea declarada de interés municipal por el Concejo Deliberante; esto último permitió, a su vez, que el trabajo del DTC fuera más conocido en la comunidad.

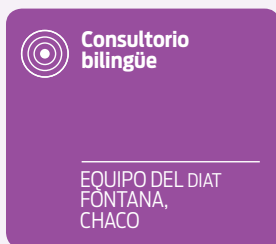
A partir de eso, el municipio mejoró la plaza, colocó iluminación, reacondicionó el playón de deportes que utilizan los jóvenes del barrio y convocó a médicos clínicos, pediatras y nutricionistas para hacer controles sanitarios a las personas que participaban y a sus familias.

La actividad fue cambiando con el tiempo y poco a poco comenzó a funcionar como un espacio de escucha grupal y de debate a nivel comunitario entre las mujeres que asisten y que, en muchos casos, son madres cuyos hijos atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias. Así, el objetivo inicial y puntual de mejorar la salud de algunas personas del barrio potenció un espacio de intercambio comunitario con el objetivo más amplio de *poder hablar* sobre sus experiencias personales, relacionadas al consumo problemático de sus hijos.

En la actualidad, la actividad se realiza dos veces por semana y es organizada y llevada adelante por parte de la Red Operativa de la comunidad: las mujeres asistentes y las promotoras de salud del barrio. Así, una Actividad de vinculación que fue reactivada a partir de la intervención del equipo operativo del DTC, hoy en día funciona a partir de la capacidad instalada de la comunidad, dando cuenta de la conformación de una minoría activa, constituida por actores comunitarios que continúan desarrollando actividades e iniciativas de tratamiento comunitario que antes llevaban a cabo los miembros del Equipo.

Desde un abordaje integral de la salud, además de la realización periódica de controles y chequeos médicos en el barrio mismo, a partir de la caminata, también se llevan adelante otras actividades conjuntas vinculadas al cuidado comunitario, como la recaudación de fondos con el fin de solventar distintos tratamientos y estudios médicos, así como el acceso a medicación para diversas mujeres del barrio en situación de alta vulnerabilidad social. Cabe destacar que en octubre de 2019, el gobierno municipal lanzó el programa "Eldorado se mueve" con el objetivo de realizar actividades deportivas y de promoción de la salud en diversos barrios de la ciudad, tomando como experiencia previa la caminata saludable del barrio "20 de Junio". Para ello, se convocó al equipo operativo del DTC y a los miembros de la Red Operativa que llevan adelante la actividad para que expongan sus opiniones y detallen sus experiencias en el Concejo Deliberante y así contribuir a la elaboración del proyecto de ordenanza.

De esta forma, las actividades de vinculación contribuyen a garantizar el acceso a la salud a mujeres con históricas vulneraciones de derechos y, a la vez, a establecer, fortalecer y mantener vínculos entre las redes comunitarias no formales y un entramado de redes formales e institucionales más amplio. El refuerzo de las articulaciones institucionales y de los vínculos entre la comunidad y el Estado permite brindar respuestas más efectivas que se adecúen a las particularidades de cada territorio y a las demandas de cada comunidad.



EXPERIENCIA 10

A fines de 2014, el equipo del DIAT de la localidad de Fontana, en la provincia de Chaco, comenzó a trabajar en el barrio “Cacique Pelayo” donde la gran mayoría de sus habitantes (88%) pertenecen a la comunidad qom.

En septiembre de 2017 inauguraron el edificio del DIAT, localizado a 20 cuadras del barrio “Cacique Pelayo”. No obstante, una gran cantidad de los jóvenes y adultos que participaban de las actividades que proponía el equipo continuaron yendo al nuevo edificio del DIAT.

Ello estuvo dado, en gran parte, por el enfoque intercultural adoptado, que favoreció la accesibilidad de los miembros de la comunidad qom. Una de las estrategias que se dieron fue el trabajo en articulación con la Escuela Cultural Bilingüe, que les permitió acercarse al idioma y la cultura qom.

De esta forma, por ejemplo, incorporaron la utilización de instrumentos autóctonos en el Taller de *hip hop*, y se informaron sobre las formas de cuidado de la salud y las terapias de esta comunidad. Actualmente, el equipo se encuentran diseñando carteles para el DIAT en el idioma qom, para favorecer la comunicación con las personas que concurren.



EXPERIENCIA 11

Durante 2017, el equipo operativo del DTC realizó, entre sus Actividades de vinculación, una actividad deportiva de práctica de vóley cerca del DIAT. En conjunto con la referencia central, se sugirió hacer

la actividad en el barrio, con el objetivo de fortalecer las relaciones comunitarias y que los y las jóvenes de “20 de Junio” pudieran practicar un deporte sin tener que salir del barrio. Graciela, referente barrial y una de las líderes de opinión más importante, propuso llevar a cabo la actividad en un terreno al lado de su casa, en la parte baja del barrio, donde una de las calles se terminaba, se acumulaba basura y había mucha vegetación. Éste era, además, un lugar *mal visto* por los vecinos, ya que era comúnmente utilizado por algunos jóvenes como un lugar de reunión para el consumo y compra-venta de sustancias, tanto de día como de noche. Las históricas rispideces entre los jóvenes de la “parte de arriba” y la “parte de abajo” del barrio, se veían siempre acrecentadas por la existencia de un playón de deportes en la parte alta al que no

podían concurrir los jóvenes del bajo por los enfrentamientos que se ocasionaban, quienes no tenían, entonces, la posibilidad de practicar demasiados deportes en su propio lugar del barrio.

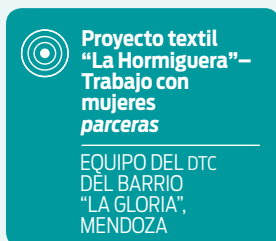
A partir de la sugerencia de Graciela, los jóvenes fueron convocados por el equipo del DTC y empezaron ellos mismos a acondicionar el lugar para poder montar una cancha de vóley. Sacaron las ramas, removieron y emparejaron el suelo y colocaron los postes de madera para la red que fue donada por un concejal de la ciudad; se destacó la participación de todos los chicos de la comunidad para dar inicio a la actividad.

En un principio, los demás vecinos lindantes al terreno, a partir de las ideas y opiniones previas que tenían sobre los jóvenes del barrio y sobre ese lugar en particular, estaban en contra de que se realice la actividad y de que hubiera reuniones allí, tanto de día como de noche. De hecho, cuando comenzó a realizarse la actividad, una vez terminada la cancha por los mismos chicos, estos vecinos se quejaban continuamente de los ruidos y no les devolvían las pelotas cuando, producto del mismo juego, alguna caía en sus terrenos. A partir de estas dificultades, el equipo operativo del DTC realizó un recorrido casa por casa para hablar con cada vecino, explicando la metodología de trabajo a nivel comunitario y la importancia que tenía el lugar y una actividad como esa para los jóvenes del barrio desde la perspectiva del paradigma de reducción de riesgos.

Poco a poco la actitud de las personas lindantes al terreno comenzó a cambiar y hoy en día son esos mismos vecinos quienes ayudan a los chicos, les alcanzan las pelotas y les dan agua y hielo los días de calor que se reúnen a jugar. De esta forma, se fueron apropiando de un espacio históricamente estigmatizado, lo que permitió, a su vez, cambiar la mirada de la comunidad sobre los jóvenes del barrio, generando instancias de inclusión social. Además, como una más de las diversas actividades comunitarias de vinculación y del trabajo conjunto del equipo del DTC, la actividad de vóley y la construcción de la cancha posibilitaron que en la actualidad los chicos de la “parte de arriba” y de la “parte de abajo” jueguen juntos en el mismo lugar, estableciendo turnos y armando torneos conjuntos, pudiendo contribuir a romper con las históricas rivalidades entre ellos.

A su vez, la experiencia del armado de la cancha de vóley posibilitó que uno de los vecinos les permitiera a los y las jóvenes de “20 de Junio” utilizar un terreno lindante para armar, de la misma forma, una cancha de fútbol comunitaria para que ya no tuvieran que trasladarse a la parte alta del barrio a la hora de practicar ese deporte. Así, la experiencia del armado

comunitario de la cancha de vóley, a partir de una Actividad de vinculación, habilitó la resignificación y reapropiación de un espacio comunitario antes representado de forma negativa por el barrio, permitiendo el acceso a la salud y a la recreación a jóvenes con históricas vulneraciones de derechos. Tal y como sostuvo Paulina, una de las integrantes del equipo del DTC, “los chicos están *empoderadísimos* y orgullosos de ese lugar”.



EXPERIENCIA 12

En 2017, en la evaluación sobre el trabajo llevado adelante que realizó el equipo operativo del DTC, se definió la necesidad de comenzar a trabajar en la construcción y consolidación de un espacio destinado a mujeres de entre 18 y 25 años, ya que los datos diagnósticos mostraban un bajo acceso de esta población a los dispositivos.

Fue entonces que en el marco de algunas Actividades de vinculación pudimos incorporar a muchas madres que llevan a sus niños y niñas a donde funciona el DTC, logrando que sean participantes activas en su planificación y realización. Esto generó la consolidación del vínculo entre ellas y el Equipo, lo que generó la consolidación de un espacio de encuentro los viernes por la tarde (de 13:30 a 16:30 hs.), en el que se fueron trabajando diferentes contenidos y demandas.

Es relevante mencionar que antes de que se creara este espacio de mujeres, ese tiempo era utilizado para *ver la novela*, limpiar la casa o dormir. Esta instancia grupal, a partir de la palabra y el diálogo, permitió la vinculación e identificación de realidades similares entre las mujeres que participaban. Los días lunes y miércoles, también se sostenía el espacio de escucha, para acompañar los procesos de orden individual.

En el espacio grupal, comenzaron a compartirse soluciones y estrategias de abordaje de problemáticas cotidianas, a partir de las similitudes en sus condiciones de vida, con el acompañamiento, contención y guía del equipo operativo. Asimismo, comenzó a observarse un fortalecimiento de las identidades individuales a partir de la organización y construcción de una identidad colectiva. Esto demuestra, entre otras cosas, el potencial de los espacios grupales y las actividades de vinculación, los cuales muchas veces representan *puertas de entrada* hacia acompañamientos de orden individual.

En una oportunidad, en el espacio de los viernes, surgió el tema de la crisis económica y la dificultad extra de estas mujeres ya que no pueden salir a trabajar, ya que se encargan del cuidado de sus niños y niñas, lo que conlleva una postergación de sus intereses y deseos. En el marco de esta conversación, surgió la idea de generar un espacio de confección de ropa para, por un lado, responder a su demanda personal de no tener “un peso ni siquiera para comprarnos los calzones” y, por otro, responder a la demanda laboral.

En esta expresión se encontraron los motivos suficientes para comenzar a pensar en un proyecto colectivo destinado a la autogestión de los ingresos económicos (apuntando a fortalecer el Eje trabajo), que al mismo tiempo posibilitaría trabajar otros ejes (prevención y organización; educación; asistencia básica y reducción de daños) a partir del intercambio, la lectura y respuestas de emergentes, la vivencia de nuevas experiencias, la incorporación de nuevos conocimientos, etcétera.

Tiempo después, se tomó conocimiento de la convocatoria a una línea de financiamiento de la Universidad Nacional de Cuyo, Proyectos de extensión “Mauricio López”. Así, se redactó un proyecto proponiendo la creación de una cooperativa textil de mujeres, con el objetivo de ingresar en la etapa de evaluación y selección de proyectos. Como uno de los requisitos era presentarse con personería jurídica, se decidió llevar adelante el proyecto con referentes de la Coordinadora de Entidades Intermedias del Barrio “La Gloria”, específicamente con docentes del Centro de Actividades Educativas (CAE) “Jorge Contreras”.

A fines de noviembre, se presentó el proyecto y el jueves 6 de diciembre el equipo fue convocado para defenderlo ante una mesa evaluadora compuesta por diferentes referentes académicos de otras universidades (Chile y Rosario) y de referentes territoriales (Bachillerato Popular del Barrio “La Favorita”). El 21 de diciembre el proyecto fue seleccionado para recibir financiamiento.

A partir de que se obtuvo el financiamiento, se comenzó a pensar cómo iniciar el proceso de construcción del espacio, entendiendo que era diferente al espacio de mujeres de los viernes, por centrarse más en el eje laboral, con todo lo que ello implicaba. Se decidió comenzar el trabajo con la confección de bolsitas higiénicas para ofertar en los jardines maternos y empezar así a recaudar fondos, apuntando a realizar en el futuro trabajos de sublimación.

Durante 2019, a partir de los saberes previos de las participantes, se plantearon tres encuentros de capacitación básica en confección y costura, con una dinámica de rotación de tareas, en la cual todas las participantes pudieran practicar cada etapa del proceso para afianzar las herramientas que brindaba la capacitadora. A partir de eso, se procedió al diseño, producción y comercialización de trabajos solicitados por la comunidad (bolsas de higiene, delantales, sobres multiusos y cartucheras), y luego a la definición de la marca de los trabajos elaborados en el taller. Sobre la base de la realización de diferentes dinámicas (lluvia de ideas, dibujos espontáneos, búsquedas en internet), se eligió el nombre, el logo, la tipografía y el color que identifica a la marca. El nombre elegido fue "La Hormiguera". A su vez, se participó en una formación sobre estrategias de venta en redes sociales, realizada por la Agencia de Producción de Empleo del Municipio de Godoy Cruz. En este marco, se realizó una jornada de creación de redes sociales para darle mayor visibilidad al trabajo realizado por las mujeres del taller y potenciar las ventas. En el mes de julio, se recibió el financiamiento de la Universidad Nacional de Cuyo con el que se realizó la compra de una plancha sublimadora, una impresora, tintas para sublimación, material de mercería, librería y remeras.

A partir de entonces, se desarrollaron encuentros destinados a aprender a utilizar las herramientas de trabajo adquiridas y se incorporaron conocimientos relacionados a la configuración de los diseños, colores y temperatura, articulando con la empresa de sublimados "Amor a la camiseta", de Mendoza. Los diferentes productos sublimados (remeras, delantales, bolsas, etc.) fueron promocionados mediante las redes sociales, la participación en una feria comunitaria y la difusión "boca a boca" por parte de las participantes. De esta manera, se busca avanzar cada vez más en la formalización del emprendimiento, observando la vía para garantizar el ejercicio pleno de derechos, propiciar el desarrollo de proyectos de vida ligados a hábitos saludables, la igualdad de género, el fomento del comercio justo, la generación de posibilidades laborales, además de perseguir la consecución de salarios justos al interior del territorio, la construcción de herramientas puestas a disposición de la comunidad por las mismas participantes, la conservación y valoración de las actividades productivas barriales, la autogestión y la economía social.

El objetivo es seguir fortaleciendo el espacio para que represente no sólo un trabajo, sino un lugar de referencia y contención, que permita trabajar desde la prevención de diversas problemáticas de la vida de las mujeres relacionadas con consumos problemáticos, violencia de género, problemas familiares, de salud, entre otras.

El proyecto tiene una alta aceptación y apoyo por parte del barrio, por lo que se busca seguir avanzando y ampliándolo para incorporar más mujeres que se encuentran en situaciones similares. El grupo conformado para la coordinación del proceso (Roxana Calise, Micaela Amaya, Malena Goni, Agustina Cachaldora y María Pía Sánchez) se encuentra en permanente comunicación y con un nivel de planificación y acción para lograr que el proyecto pueda ejecutarse satisfactoriamente, entendiéndolo como un recurso comunitario. Esto implica que en algún momento no será necesaria la presencia de estas coordinadoras, ya que se apunta a la construcción y perdurabilidad de una minoría activa como uno de los objetivos primordiales del DTC, es decir, a la capacidad instalada en territorio constituida por actores y agentes comunitarios; en este sentido, el equipo se posiciona desde la construcción de autonomía y participación comunitaria. “La Hormiguera” significa superar obstáculos, promover la economía popular y desarrollar un sustento económico por parte de las mujeres, que se traduce en autonomía e independencia. Un proceso que se nutre de aprender, compartir herramientas ya adquiridas y producir nuevos conocimientos entre todas. Un espacio donde se estimula el crecimiento individual, grupal y comunitario.



EXPERIENCIA 13

La educación es una de las dimensiones centrales del DTC, abordada tanto en sus aspectos no formales (talleres, actividades recreativas, apoyo escolar) como en su dimensión formal (acceso y acompañamiento en la enseñanza básica y universitaria).

Como se pudo constatar en las estadísticas de la Sedronar, la inclusión en la Educación Superior de las personas usuarias de los dispositivos territoriales es visiblemente baja. Ante estos datos, se identificó la necesidad de pensar lineamientos y estrategias que permitan reflexionar sobre la importancia del acceso a las instituciones universitarias de poblaciones tradicionalmente excluidas, ya que esta condición posibilita ampliar las habilidades y las aptitudes para la inclusión social superadora, y acceder al mundo del trabajo con su consecuente movilidad social ascendente.

Si se considera que la Educación Superior es un *derecho ciudadano*, su accesibilidad debería estar disponible para todos los estudiantes, sea cual fuere su contexto socioeconómico. Se entiende que este Nivel, ubicada

en el último eslabón de la educación formal, promueve el pensamiento crítico, el compromiso social y permite la ampliación del horizonte de expectativas del proyecto personal. Pese a no estar instaurado como nivel obligatorio en los estándares educativos de base, resulta relevante destacar su valor e importancia en las trayectorias formativas y de inserción laboral de los ciudadanos.

En este marco, en el Barrio “Carlos Gardel” de El Palomar, partido de Morón, se lleva a cabo el Proyecto de Inclusión Universitaria, con poblaciones vulnerables, en el marco de la metodología de Tratamiento Comunitario.

El proyecto consiste en fomentar, promover y acompañar el desarrollo educativo de la comunidad en el proceso de inserción a sus estudios superiores. La metodología se vehiculiza mediante el trabajo en redes dentro y fuera de la comunidad; se facilita la articulación entre las instituciones educativas universitarias y se promueve el acceso a la Educación Superior por medio del acompañamiento un equipo interdisciplinario de profesionales.

El proyecto surgió en octubre de 2016 como experiencia piloto, a partir del diagnóstico territorial por el que se detectó la dificultad de acceso a los ámbitos de Educación Superior de los jóvenes y adolescentes del Barrio “Carlos Gardel”.

Para generar condiciones de acceso a la educación universitaria, se diseñó el proyecto de Inclusión Universitaria, cuya realización fue posible mediante la firma de un convenio de la Sedronar con la Universidad del Museo Social Argentino (UMSA) en el que se incluyó como actividad de articulación el otorgamiento de becas totales para los estudios superiores en dicha institución. En este contexto, se inscribieron tres jóvenes del Barrio “Carlos Gardel” que actualmente, y gracias a este convenio, se encuentran cursando las carreras de Licenciatura en Servicio Social, Licenciatura en Administración de Empresas y Fonoaudiología. Asimismo, en 2017, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación les otorgó a estos jóvenes becas económicas especiales para solventar sus estudios.

Durante 2018, el proyecto se amplió en cantidad de estudiantes y de universidades intervinientes. La ampliación del proyecto implicó el involucramiento de instituciones universitarias públicas como la Universidad Nacional de Tres de Febrero (Untref) y la Universidad Nacional de San Martín (Unsam), en las que se imparten algunas de las carreras elegidas por nuestros becarios.

El proyecto permitió el acceso y sostenimiento de jóvenes en la educación universitaria, que en su mayoría son la primera generación en sus familias que accede a estos estudios.

La experiencia de pensar el abordaje territorial integral centrado en un grupo de jóvenes con deseo de terminar sus estudios secundarios y comenzar los universitarios se fue ampliando, y en la actualidad, 21 personas sostienen su proceso de estudio en universidades estatales y privadas. Para ello, se trabaja con las redes formales e informales de los sujetos, y se piensan estrategias diversas frente a las situaciones de vulneración de derechos que se presentan.



EXPERIENCIA 14

En la localidad de Chivilcoy (provincia de Buenos Aires), mediante la articulación institucional del DIAT con “Consultorios Amigables” –un dispositivo de acompañamiento de situaciones problemáticas de la población trans, perteneciente al área de atención primaria del municipio de ese distrito– se llevaron a cabo estrategias conjuntas para abordar la problemática de consumo que estas personas transitaban. Los equipos de “Consultorios amigables” detectaron que la mayoría de las personas que accedían al espacio estaban atravesadas por situaciones de consumo problemático, motivo por el cual contactaron al equipo del DIAT de Chivilcoy para pensar estrategias de abordaje en conjunto, teniendo en cuenta las particularidades de cada dispositivo y de la población atendida.

El equipo del DIAT realizó las primeras intervenciones al momento de ser convocado en diferentes situaciones de urgencia, relacionadas a internaciones por intoxicaciones agudas o episodios de impulsividad bajo efectos del consumo. A partir de estos pedidos de intervención, se fue armando la referencia de un espacio de escucha con un encuadre dinámico que constaba de visitas domiciliarias, acompañamiento por los circuitos institucionales (hospital, comisaría, centro de salud), así como también en los recorridos por la ciudad, sobre todo por los lugares públicos, con la finalidad de aliviar el impacto de la exclusión que las personas trans padecieron históricamente. Cada propuesta fue acordada con las personas usuarias en función de sus necesidades e intereses y, en muchos casos, fueron ellas quienes convocaron el acompañamiento. Se favoreció el acceso a los centros de salud mediante los “Consultorios Amigables”, el armado de redes, el fortalecimiento de los lazos más cercanos y la atención en situaciones de crisis en las que se solicitaba la presencia del equipo.

Las primeras usuarias que construyeron referencia con el DIAT se encontraban en su trabajo nocturno en las calles, expuestas a riesgos diversos, con altos niveles de consumo problemático y transitando, recurrentemente, crisis de excitación o impulsividad. De acuerdo con el abordaje integral, se comenzó a dar respuesta a las situaciones de riesgo graves, de extrema vulnerabilidad social y simbólica, así como también ante indicadores de padecimiento mental con serias dificultades para estabilizar a la persona con padecimiento. El equipo diseñó estrategias de reducción de riesgos y daños con la dificultad de que acotar la exposición nocturna de la población trans implicaba, en gran medida, que las usuarias tuvieran que dejar de trabajar. Mediante las articulaciones locales, se accedió a la posibilidad de que dos de ellas que se encontraban vinculadas al equipo, pudieran acceder al cupo laboral trans de acuerdo con la Ley N° 14.783, en áreas del municipio. Estratégicamente pensado, la inclusión en otro espacio de trabajo implicaba el acceso a un empleo formal que genere un sostén económico, una progresiva autonomía y la inscripción en la comunidad desde otro lugar, además de ampliar las redes y dar una respuesta concreta a algunas de las situaciones que ya habían ubicado como problemáticas.

Como en muchas de las estrategias intersectoriales, los equipos y las usuarias se enfrentaron a obstáculos que podían generar efectos negativos y hasta de aumento del padecimiento o revictimización. En el caso de estas dos mujeres que accedieron al cupo laboral trans, fueron incorporadas a la función de mantenimiento de las calles del centro de la localidad; las mismas calles que transitaban por las noches y que las exponía a recibir insultos, comentarios expulsivos y a revivir escenas que estaban intentando cortar. Como era esperable, seguido a sus intentos de sostener a cualquier costo ese derecho adquirido, se suscitaron episodios de desencadenamiento de impulsividad, agresividad y aumento del consumo.

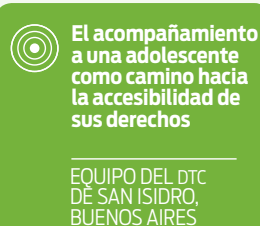
El equipo que acompañó esa inclusión y que trabajó *cuerpo a cuerpo* para crear condiciones de alivio, se vio obligado a plantear la revisión de la estrategia en acuerdo con las usuarias, quienes pudieron reconocer lo insoportable que se les volvía esa situación.

En la actualidad, el acompañamiento continúa y lo que parecía ser un *volver a empezar* se convirtió en un momento más del proceso de inclusión.

El trabajo cotidiano permitió que los efectos de esa experiencia se reconfiguren en otro escenario, la referencia de las usuarias con el equipo se sostiene y las estrategias de reducción de riesgos continúa siendo el horizonte. Las usuarias han accedido a diversos espacios de la red y pueden convocar ante cualquier necesidad la presencia de otro que acote

el sufrimiento. No están incluidas aún en un empleo formal, pero han podido poner en palabras la crueldad del sistema y su enojo con las instituciones, por la exigencia que les anteponen para ejercer sus propios derechos. Por momentos, dejan de identificarse con esa imagen estigmatizada y pueden habilitarse a proponer experiencias compartidas con quienes han podido ubicarlas en otro lugar. A partir de este vínculo construido, una de las usuarias pidió explícitamente festejar su cumpleaños en el DIAT, así como también expresó que no desea sostener ningún tipo de vínculo con ciertos actores del territorio.

El acompañamiento de situaciones de la población trans en Chivilcoy es una experiencia que fue compartida con otros dispositivos de la región y, en varios de ellos, se comenzó el trabajo de acercamiento y de armado de estrategias de accesibilidad, en articulación con otros dispositivos locales. Todavía es un desafío conformar estrategias de abordaje integral.



EXPERIENCIA 15

En 2017, B. tenía 13 años y no asistía a la escuela cuando comenzó a concurrir a los talleres organizados por el Dispositivo de Tratamiento Comunitario (DTC).

A mediados de 2018, a partir de diversas charlas con el DTC, B. expresó su deseo de ser madre porque, de esa forma, “tendría a alguien que la quisiera”. Manifestaba que “estaba aburrída” y que “no tenía nada que hacer”.

Los motivos que B. manifestaba en relación a su deseo, abrieron una trayectoria de acompañamiento *cuerpo a cuerpo*, que le permitió revisar su proyecto de maternidad adolescente. Mediante los encuentros y el respeto que tuvo el equipo respecto a los tiempos subjetivos de B., ella pudo manifestar que quería comenzar a usar un método anticonceptivo. Frente a esa demanda, el equipo se contactó con la madre para consultarle si era viable que alguien acompañara a la joven a una consulta médica. La madre se desentendió del tema y delegó en el equipo esa responsabilidad. Previo a sacar el turno con la ginecóloga de la salita del barrio, se articuló con referentes de la biblioteca para que pudieran dar aviso en el Centro de Salud que B. iría, ya que tenía DNI con domicilio en otro partido, pese a haber vivido toda su vida en Sauce.

Semanas más tardes, un miembro del equipo acompañó a la joven al turno ginecológico y B. le pidió que entrara con ella al consultorio. Según su

relato, no tenía registro de haber ido anteriormente a un consultorio médico. La médica que la atendió utilizó lenguaje técnico no adecuado para la edad ni tampoco acorde al contexto en el que vive la joven. Por ejemplo, utilizó el término *profiláctico* e incluso, le habló violentamente (“¿Me entendés, nena, o te estoy hablando en japonés?”). Le dijo que debería hacerse chequeos clínicos para evaluar el método anticonceptivo y que como esos chequeos demorarían varios meses, no debía mantener relaciones sexuales en ese tiempo. La operadora interpeló a la médica por sus modos y le sugirió proveerle un método anticonceptivo alternativo durante ese tiempo. La respuesta expulsiva, atravesada por posicionamientos morales y de ruptura con el compromiso ético de la profesional, requirió la reorientación de la estrategia respecto a los actores locales a los que se convocaría para la articulación. El equipo se propuso entonces, discutir interinstitucionalmente la perspectiva de derechos en la intervención de las redes formales, así como también aliviar los efectos de la violencia institucional en los casos particulares.

En ese contexto, se planificaron dos articulaciones: mediante el DTC, se solicitó un turno con una ginecóloga en el Hospital Materno Infantil de San Isidro, quien se ocupó de la anticoncepción y fue la encargada de hacer los controles posteriores de B. Por otro lado, desde la biblioteca se solicitó un turno con una pediatra en el Hospital Central de San Isidro, quien se caracteriza por tener una buena comunicación con los adolescentes en virtud del cuidado de su salud.

El equipo del DTC hizo que el acompañamiento cercano se constituyera en uno de los pilares estratégicos para abordar el caso, en un contexto adverso para esta joven que no estaba escolarizada, que se enfrentaba a barreras de acceso a la salud y que contaba con vínculos afectivos muy frágiles.

En el marco de la situación de B, la construcción del pedido concreto de asistir al centro de salud se constituyó como un efecto observable de la apropiación de su derecho. La respuesta inicial de la primera médica que la atendió representó un obstáculo en el tratamiento, pero haber logrado, finalmente, el acceso al método anticonceptivo y a los controles de salud integral, garantizaron la restitución del derecho y, a la vez, generaron condiciones para sostener la referencia de la joven con el equipo.

Además, se consolidó una plataforma para continuar acompañando la construcción de proyectos diversos y la discusión en las redes formales sobre las prácticas ajustadas al marco de los derechos humanos. En este contexto, cabe destacar que, en las últimas semanas de octubre de 2019, B. se contactó con el equipo del DTC para poder conseguir un nuevo turno en el hospital.



EXPERIENCIA 16

A principios de 2017, los miembros del equipo operativo de CTC de Eldorado, provincia de Misiones, conocieron a K., por entonces de 23 años, a partir de que su madre, Sabina, les pidió que lo visitaran en su casa. Sabina conocía el trabajo del equipo en el Barrio “20 de Junio” y estaba preocupada por el consumo de marihuana de su hijo, que se había vuelto más frecuente. Además, estaba preocupada porque periódicamente K. “se ponía nervioso”, se encerraba en su cuarto y se mostraba “muy violento” con su familia.

Cuando los miembros del equipo lo conocieron, K. se encontraba bajo ciertas indicaciones desde la salud mental, pero sin tener un diagnóstico claro sobre su padecimiento y sin poder sostener el tratamiento psicofarmacológico. Mediante la intervención del equipo de DTC, K. comenzó a participar de distintas actividades de vinculación en el barrio con gran interés.

A mediados del mismo año, K. fue detenido por tenencia de estupefacientes en la provincia de Entre Ríos, razón por la cual se le inició una causa y quedó alojado treinta días en el penal de Concepción del Uruguay. El juzgado del Tribunal Oral y Público de Concepción del Uruguay, mediante una evaluación de la condición mental del joven, determinó otorgarle el beneficio de la prisión domiciliaria luego de un pedido de su abogado.

En este caso, se observó que el acompañamiento en el acceso a la Justicia estaba signado por la discusión entre el discurso del sistema judicial y el de la salud mental. El joven se vio involucrado en una causa federal bajo episodios de desorganización psíquica, pero esta situación no había sido considerada. Cabe mencionar que existió una recurrencia a dicha disputa debido, entre otras cuestiones, al efecto de las prácticas comunitarias que ponen en evidencia problemáticas desatendidas por otros actores que participan en la articulación intersectorial. También se evidenció cómo el conflicto con la ley penal fue un efecto de la vulneración histórica de sus derechos, ya que K. no había accedido nunca a un diagnóstico y a un tratamiento para su padecer.

Fue necesario trabajar con K., sus referentes y su abogado, acerca de las problemáticas graves de padecimiento mental que, generalmente, impiden el registro de las acciones y sus consecuencias, para sí mismo y para los otros, cuestión que no se había considerado al momento de determinar su posible culpabilidad. Cabe aclarar que la Ley N° 23.737 da el marco para la

intervención punitiva en confrontación con la Ley N° 26.657, que sienta las bases para el trabajo comunitario de restitución del derecho de acceso al sistema de salud. Mediante reuniones e informes técnicos realizados por los miembros del equipo, se generaron intervenciones en este sentido.

Desde ese momento, se interrumpió la adhesión de K. a las diversas actividades de vinculación que se realizaban en el barrio, por lo que el equipo de DTC decidió continuar con la realización de visitas domiciliarias en las que K. manifestó su interés por tener un espacio de escucha individual en el DIAT y retomar algunas de las actividades.

Las comunicaciones formales e informales con el sistema judicial tuvieron distintos contenidos, pero se unificaron con el objetivo de generar condiciones para el reconocimiento de los derechos vulnerados y de la situación del joven en términos integrales, tal como el equipo lo había registrado. Los acuerdos entre los actores que intervenían en el caso favorecieron la inclusión de diversos espacios de salud que pudieran ser parte de la estrategia de abordaje.

Así, durante 2017 y 2018 mientras el joven se encontraba con prisión domiciliaria, el equipo operativo de DTC en articulación con el DIAT, con el hospital local y el área de Salud Mental logró que el usuario accediese a controles integrales de salud y a un diagnóstico preciso sobre su padecimiento en salud mental. Se accedió al diagnóstico de esquizofrenia y pudo comenzar un tratamiento psiquiátrico de forma más continuada. Paralelamente, mediante el trabajo articulado con su abogado, se accedió a la autorización del juzgado para que el usuario pudiera salir de su hogar y concurrir a diversas actividades y talleres en el DIAT, así como a su espacio de escucha individual. Además, el equipo intervino para que K. pudiera, desde su casa, realizar trabajos de carpintería y de reparación de motos; para lograr esto, se consiguieron materiales, herramientas y se le brindó capacitación.

A partir de estas intervenciones, los episodios de violencia intrafamiliar disminuyeron y K. redujo el consumo de marihuana. Las intervenciones posibilitaron la construcción de vínculos significativos que ampliaran las redes subjetivas, indispensables para que el acceso a derechos cobrara estatuto terapéutico. El abordaje integral se conformaba en dos caminos paralelos que estaban vinculados, por un lado, favorecer la situación del joven en el ámbito judicial y por el otro, atender específicamente su problemática de salud mental sin tratamiento. En este sentido, el abordaje integral a los consumos problemáticos se materializó en acciones concretas sostenidas en diversas líneas de trabajo, distribución de roles institucionales

e intervenciones de los equipos. En la actualidad, K. continúa con su tratamiento y, a partir del acompañamiento del equipo de DTC, comenzó a asistir solo a las actividades de vinculación de vóley y manualidades.

En este caso, la articulación intersectorial cobró cuerpo y se garantizó tratamiento específico del padecimiento, fortalecimiento de redes afectivas y la simplificación del proceso judicial. Además, el impacto comunitario respecto de la mirada sobre el joven mostró movimientos significativos en cuanto a sus posibilidades de circulación por la ciudad, espacios de actividades deportivas en grupo y el acceso al hospital con la recurrencia necesaria para garantizar el tratamiento ambulatorio de su problemática de salud. El trabajo de acompañamiento propició no solamente el acceso a derechos, sino también que el imaginario social de la comunidad se modificara en virtud de acompañar al joven y no de condenarlo. En ese sentido, se modificaron algunos vínculos y se alivió el sufrimiento ocasionado por la exposición sistemática a la violencia institucional e intracomunitaria.



EXPERIENCIA 17

El equipo del DIAT de Villa Gobernador Gálvez, en la provincia de Santa Fe, lleva adelante una propuesta de la dimensión educativa mediante un espacio de biblioteca popular llamado "La Luciérnaga", que surgió en 2017 por iniciativa de los usuarios. La biblioteca cuenta con 3 mil ejemplares que en su mayoría fueron donados por los vecinos. Es un espacio de alfabetización, en el que se desarrollan talleres artísticos y se organiza cine abierto para la comunidad. Estas actividades permiten, al mismo tiempo, ofrecer una escucha a las problemáticas e intereses que surgen en los jóvenes. Se busca favorecer la expresión oral y escrita de las personas que asisten, propiciar un espacio de encuentro y recreación ligado al arte y crear debates que permitan la puesta en común de las experiencias compartidas. Las actividades se desarrollan de manera articulada con el centro cultural "Manos a la Obra" y las instituciones educativas de la zona. Lo educativo se hace presente en estas expresiones que buscan recuperar la posibilidad de crear un proyecto de vida y un espacio común en el que se reafirma la posibilidad que tiene cada uno de decir *lo que piensa* y *lo que siente*. A partir del trabajo en la biblioteca, se pudo registrar una profunda transformación en la trama vincular comunitaria entre los vecinos del barrio y los usuarios y jóvenes que forman parte de la biblioteca. Se pudo experimentar, también, cómo –a partir del trabajo en la

biblioteca– se despliegan en los usuarios nuevas posibilidades de *narrarse*, nuevas maneras de *mirarse a sí mismos* a partir de la confianza y los deseos de llevar adelante proyectos vitales encuadrados en actividades educativas. Por otra parte, se registró, también, el surgimiento del deseo de volver a formar parte de la escuela y/o de retomar los estudios formales.



EXPERIENCIA 18

El DIAT de San Luis, desde la dimensión educativa, lleva adelante un proyecto de revista barrial titulada “Correr la voz”, una publicación en la que los jóvenes pueden expresar sus problemáticas barriales, sus intereses y explorar sus potencialidades. En el armado de la revista, además de abordar conocimientos populares de la comunidad, se trabajan cuestiones educativas a partir de la narración, de la lectura y de la comprensión de textos literarios. En simultáneo, mediante la participación en la revista, se abordan cuestiones referidas al trabajo en equipo y a permanecer en un proyecto con temáticas que resulten relevantes e interesantes para los jóvenes. En esta experiencia participan usuarios del DIAT que se encuentran escolarizados como así también usuarios que hace tiempo no concurren a la escuela. Así se logra, en todos los casos, fortalecer y construir saberes, recuperar el deseo de aprender, producir conocimiento y volver a insertarse dentro del sistema educativo formal. Cada revista es el resultado de un proceso y, hasta el momento, se publicaron dos ejemplares.

A continuación, se presenta uno de ellos:

<http://online.pubhtml5.com/glwr/uzok/#p=1>

REFLEXIONES FINALES

El objetivo principal a partir del cual fue organizada esta publicación es el de describir los principales lineamientos y experiencias del Modelo de Abordaje Integral Territorial de los consumos problemáticos, que se realiza desde la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico dependiente de la Subsecretaría de Abordaje Integral de la Sedronar.

El Modelo de Abordaje Integral Territorial se constituyó como política pública, a partir de los lineamientos orientados por la Ley Nacional de Salud Mental que, en su artículo 4, incluye las adicciones en el marco general del objeto de sus prácticas. En línea con la filosofía de esa ley, las acciones de esta política pública fueron orientadas a la protección de los derechos humanos de las personas y a la desestigmatización de las personas usuarias de sustancias. La característica innovadora del discurso en relación con la temática llevó a resignificar el concepto de *tratamiento*, para considerarlo como un proceso complejo, interdisciplinario y alejado de la noción de especialidad técnica respecto de las sustancias.

En ese sentido, el modelo está sustentado en principios rectores, tales como el de universalidad de los derechos, de integralidad, de reducción de vulnerabilidades, de trabajo en red e intersectorialidad, de accesibilidad y bajo umbral, de participación social y comunitaria, de perspectiva de género y de enfoque intercultural, los cuales se materializan en los DIAT y en los DTC a partir de las dimensiones de abordaje (promocional, asistencial, educativa, laboral y legal) desarrolladas en los capítulos 4 y 5.

En el transcurso de este trabajo se han resaltado las posibilidades de accesibilidad que han generado los dispositivos para poblaciones históricamente excluidas. En este sentido, se han constituido como espacios de referencia comunitaria que favorecen el acceso y la circulación institucional de estas poblaciones y promueven la desestigmatización de las instituciones que atienden a la problemática de salud mental y consumo problemático de sustancias. En la misma línea, se posicionaron como una alternativa disponible a los modelos clásicos de intervención, mediadores de nuevos caminos posibles para el abordaje de la problemática. Asimismo, los dispositivos se han confor-

mado como actores fundamentales en las redes de protección de derechos a partir de los procesos de articulación institucional, abriendo camino a diversas demandas así como también a la realización de proyectos comunitarios conjuntos de alto impacto a nivel nacional

Este modelo de tratamiento requiere considerar el momento sociohistórico de cada comunidad y sus particularidades. Esto es por entender que los padecimientos portados por cuerpos singulares se constituyen en un correlato con la trama social en la que se inscriben, en tanto emergentes de problemáticas vividas de forma colectiva. Entonces, para tales fines resulta necesario profundizar la promoción de estrategias que contemplen lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos y construir con otras y otros en esa heterogeneidad.

A su vez, mediante el desarrollo de las prácticas territoriales llevadas a cabo, se ha advertido que los mayores riesgos y daños que presentan las personas que consumen, no están vinculados directamente a las sustancias en sí mismas, sino a las condiciones de vulnerabilidad social en las que las personas se encuentran. En este sentido, deberán consolidarse estrategias centradas en ampliar las redes institucionales, comunitarias y afectivas de los sujetos, a fin de generar mayores espacios de cuidado, escenarios que contemplen actividades de promoción y restitución de derechos, con especial énfasis en grupos sociales históricamente vulnerados, como los sectores populares, las mujeres, las infancias, las personas del colectivo LGTBTBIQ+, entre otros. En el desarrollo de las propuestas de acompañamientos singulares se puede visualizar aspectos concretos del efecto terapéutico de los circuitos de acceso y restitución de derechos. Uno de los desafíos, entonces, es continuar profundizando estrategias de abordaje comunitario que garanticen respuestas en el marco de los derechos humanos y se encuadren en las normativas vigentes que rigen las prácticas de salud mental.

Es preciso mencionar que persiste el desafío de continuar creando condiciones para la participación de la comunidad a fin de construir propuestas directamente relacionadas con las necesidades de la realidad local. Hacer parte a la comunidad de las respuestas a los problemas de su centro de vida favorece la responsabilización y la implicación, cumpliendo con el espíritu del marco normativo que promueve hacer parte a las personas usuarias y a las comunidades en el abordaje de las problemáticas sociales. Esto requiere como desafío para los dispositivos la constante evaluación y análisis de sus propuestas, como también de los vínculos establecidos con las comunidades en sus territorios.

Otro aspecto importante que se ha de considerar es la conformación y la capacitación de los equipos de trabajo en territorio. Como se describió en los capítulos precedentes, la tarea asignada a cada una de las personas que integran los equipos territoriales no puede agotarse en su dimensión individual. El abordaje integral requiere que las estrategias de intervención sean producto de una construcción colectiva y de un inter-

cambio de saberes, habilidades y competencias. Es necesario, además, que los equipos cuenten con espacios de formación y de reflexión sobre la tarea, con el objetivo de revisar perspectivas y promover la toma de posición respecto de estas, potenciar saberes previos y acompañar la construcción de nuevos saberes.

A su vez, otra cuestión a tomar en cuenta para consolidar el modelo será la unificación de criterios, la conformación de una identidad nacional, la incorporación de la particularidad local. Si bien la Sedronar establece los lineamientos generales que deben regir la política pública de drogas a nivel nacional, cada uno de ellos adquirirá rasgos particulares en cada comunidad local, en virtud de las problemáticas, actores, recursos y redes que existan en ella. En efecto, la particularidad de esta política pública radica en la importancia asignada al territorio, las redes y la comunidad local, por lo que el ensamble entre lo universal, lo particular y lo singular es un desafío constitutivo de este modelo abordaje.

En este sentido, uno de los grandes desafíos refiere a la deconstrucción del aún persistente y predominante imaginario social sobre los consumos problemáticos en general y de sustancias en particular, que entiende a los mismos desde el paradigma médico hegemónico y punitivista. Para ello es esencial que el Modelo de Abordaje Integral y Territorial pueda ser difundido y apropiado por los diversos efectores de política pública de todos los niveles de administración del Estado (municipal, provincial y nacional), como así también por organizaciones de la sociedad civil.

Por último, resulta fundamental destacar la necesidad de consolidar herramientas que permitan evaluar las prácticas en términos de visibilizar procesos que den cuenta de los efectos clínicos, de alivio del padecimiento que producen las intervenciones, tanto a nivel singular como colectivo/comunitario. En este proceso, es necesario construir indicadores de abordaje integral territorial, que den cuenta de la reducción de riesgos y daños y de los efectos de la inclusión social y comunitaria, en contraposición al modelo de tratamiento clásico en el cual el indicador de *éxito* es la abstinencia. Desde el modelo de tratamiento propuesto, es necesario construir indicadores que den cuenta del aumento de la autonomía, del acceso y del ejercicio de derechos, y de la inclusión comunitaria de las personas usuarias.

Este trabajo constituye, entonces, un aporte para la consolidación del Modelo de Abordaje Integral y Territorial de tratamiento a los consumos problemáticos y otras problemáticas sociales desde el paradigma de derechos humanos. Con su divulgación, se busca promover nuevos escenarios para su análisis y su implementación, que posibiliten su fortalecimiento y que favorezcan la multiplicación y la expansión del modelo en nuevos territorios y efectores.

***Si conocés a alguien
que necesita ayuda por
consumos problemáticos***

 **141**