Estudio sobre dispositivos de la Red Federal de Sedronar.

Experiencias de acompañamiento desde la perspectiva de los y las referentes (2019-2021)

Observatorio Argentino de Drogas

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Jefatura de
Gabinete de Ministros
Argentina

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina

Secretaria de Estado
Lic. Gabriela Torres

Director Observatorio Argentino de Drogas
Mg. Diego Ruiz

Coordinadora de Análisis y Vinculación Territorial
Lic. Romina Natalia Barrientos

Planificación, relevamiento de información, análisis y redacción del informe
Milena López Bouscayrol
Romina Ramírez

Índice

1. Introducción **4**
1.1. Objetivos 5
1.2. Metodología 6

2. Caracterización de la población que asiste a los centros de la red federal de Sedronar y de sus diferentes modalidades **7**
2.1. Inmediata 7
2.1.1. Centro de Atención Inmediata (CAI) 8
2.1.2. Línea 141 11
2.2. Ambulatoria y comunitaria 12
2.2.1. Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) 13
2.2.2. Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) 23
2.3. Residencial 27
2.3.1. Instituciones Conveniadas (IC) 27
2.3.2. Casa Convivencial Comunitaria (CCC) 34

3. Comentarios finales **36**

4. Referencias bibliográficas **39**

1. Introducción

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM, 2010) y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP, 2014) prevén la creación de centros de prevención, promoción, atención y acompañamiento para las y los usuarios/as consumidores de sustancias psicoactivas. A partir de las mencionadas legislaciones se fundaron diversos espacios orientados a la prevención, promoción y asistencia que poseen modalidades de intervención concebidas según las necesidades de cada persona y de su comunidad. Para dar cumplimiento a la normativa existente, la Sedronar cuenta con una red federal de centros de atención y acompañamiento por consumos de sustancias propios o conveniados. Del total de instituciones 512 son Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), 122 son Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC), 77 son Instituciones Conveniadas (IC), 47 son Casas Convivenciales Comunitarias (CCC) y 11 son Centros de Asistencia Inmediata (CAI).

Entre los años 2020 y 2021, se incrementó la cantidad de personas que se acercaron a los centros de la red federal de la Sedronar para solicitar asistencia por algún consumo problemático de sustancias psicoactivas (OAD, 2020-2021). Con el objetivo de dar cobertura a las demandas, desde la Sedronar, se han realizado esfuerzos tales como la adaptación o creación de espacios, según las necesidades territoriales, la subvención de instituciones de prevención, promoción y asistencia y la entrega de subsidios para que las personas que deseen iniciar procesos de tratamiento que no contaran con cobertura social puedan acceder a las instituciones conveniadas con Sedronar.

Las instituciones de la red federal de atención y acompañamiento poseen diferentes características y particularidades, con distinto tipo de organización y modalidad de asistencia. Además de contar con trabajadores y trabajadoras de diversas disciplinas (psicólogos/as, trabajadores/as sociales, operadores/as socio-terapéuticos, talleristas, educadores, etc.), cada institución cuenta con una persona que ejerce el rol de referente (directores/as, coordinadores/as, profesionales de salud mental, talleristas, entre otras funciones). Las y los referentes son aquellas personas encargadas de coordinar los distintos espacios y que ejercen funciones específicas, teniendo en general una experiencia de trabajo mayor a los dos años al interior de cada lugar.

En este contexto se plantea la presente investigación, cuyo propósito consiste en obtener información que contribuya al seguimiento cotidiano y al acompañamiento de los centros de la red federal de Sedronar, desde la perspectiva de las y los trabajadores, concretamente de sus referentes.

En materia de tratamientos orientados a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) cuenta con una extensa trayectoria en la realización de estudios sobre el funcionamiento, la composición y evaluación de los centros, que aportaron herramientas para describir y evaluar los centros propios y conveniados desde una perspectiva mayormente cuantitativa. A pesar de los aportes de los mencionados informes, no se realizaron estudios que pongan en valor las experiencias de las y los trabajadores de las instituciones para lograr un acercamiento mayor a la tarea cotidiana realizada en el territorio.

En función del área de vacancia antes mencionada, es menester indagar *¿cómo funcionan los espacios de prevención, asistencia y tratamiento de la red federal de la Sedronar en materia cuidados ofrecidos a la población desde la perspectiva de sus referentes? ¿Cuáles son las características principales de la población que asistió a esos centros durante el período 2019-2021?*

En este contexto, retomando la tradición del OAD de aportar información sobre los espacios de tratamiento, se presenta este estudio cualitativo cuyo objetivo es recuperar la voz de las y los referentes de los espacios seleccionados y contribuir al seguimiento de la tarea realizada desde las instituciones propias o conveniadas de Sedronar.

En los espacios de la red federal de la Sedronar existen diversas modalidades de intervención, atención y acompañamiento: *ambulatoria, residencial y comunitaria,* con sus particularidades y características propias. En general, las diferencias entre las distintas modalidades de atención tienen que ver con las actividades que se realizan en cada espacio, la frecuencia y duración de los tratamientos, así como la cantidad de tiempo que las personas permanecen en la institución y las articulaciones con referentes afectivos, la comunidad y otras instituciones, entre otras cosas.

Si bien de acuerdo a sus características algunas instituciones pueden ubicarse dentro de los parámetros de una modalidad de atención específica, en la práctica muchos de los espacios de atención y acompañamiento del país combinan más de una modalidad, considerando sus particularidades y el tipo de servicios que presentan, tal y como se evidencia en el presente estudio.

1.1. Objetivos

Objetivo general:

Describir y analizar el funcionamiento de los centros de prevención, asistencia y tratamiento de la red federal de la Sedronar en materia de respuestas ofrecidas a la población, los esquemas de atención utilizados y las características principales de la población que asistió durante el período 2019-2021, a partir de la perspectiva de sus referentes.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar las distintas modalidades de atención de los centros que componen la red federal de la Sedronar durante el período 2019-2021.
2. Presentar las intervenciones y estrategias de acompañamiento brindadas por los centros de la red federal de atención y acompañamiento de la Sedronar.
3. Describir las principales características de la población que concurre a los centros de la red federal de la Sedronar.

1.2. Metodología

Para responder al interrogante se llevó adelante un estudio exploratorio-descriptivo de corte transversal, con la intención de visibilizar los modelos de atención de los espacios y reconstruir, a partir de la perspectiva de las y los referentes, el funcionamiento de los centros de la red federal de la Sedronar propios o conveniados. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las y los referentes de los espacios de atención y se relevaron dimensiones tales como las consultas recibidas en los centros de asistencia-atención, las respuestas brindadas según la modalidad de tratamiento y las estrategias de intervención a partir de la perspectiva de las y los referentes de las instituciones. Se estableció un diseño de muestra intencional y por cuotas según modalidad de atención, de modo tal que se realizaron en total 21 entrevistas: 9 entrevistas a referentes de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC), 6 a referentes de Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC), 2 a referentes de Casas Convivenciales Comunitarias (CCC), 2 a referentes de Instituciones Conveniadas (IC) y 2 a referentes de Centros de Asistencia Inmediata (CAI). La duración de las entrevistas fue entre 90 y 120 minutos aproximadamente, vía plataforma Zoom y previa lectura de consentimiento informado.

Para complementar la información producida en las entrevistas en relación a la caracterización de la población que asiste a los distintos centros de atención, se utilizaron datos provenientes del sistema de monitoreo y evaluación del Observatorio Argentino de Drogas.

2. Caracterización de la población que asiste a los centros de la red federal de Sedronar y de sus diferentes modalidades

Como se explicó al inicio de este estudio, en los centros de la red federal de la Sedronar existen tres modalidades de intervención, atención y acompañamiento: ambulatoria, residencial y comunitaria. Cada institución puede presentar una o más de estas modalidades. Sin embargo, y de acuerdo a lo relevado en el trabajo de campo, en esta presentación de resultados se decidió combinar la modalidad comunitaria con la ambulatoria y añadir una modalidad más –la de atención inmediata– a fin de potenciar la explicación y comprensión en función de los objetivos planteados por el estudio.

Cada tipo de dispositivo de la red federal de la Sedronar cuenta con un instrumento de registro propio que permite construir diversos datos sobre los usuarios y las usuarias de esos centros. El procesamiento y sistematización de dicha información, permite obtener datos sociodemográficos y de perfil de las personas que son asistidas o de quienes realizan algún tipo de consulta en el caso de llamados a la línea 141.

2.1. Inmediata

La Sedronar cuenta con un área específica de asistencia inmediata para la atención por problemas relacionados con consumos de sustancias, con el objetivo de que cualquier persona pueda contactarse para solicitar información, orientación y/o acompañamiento para sí misma o para alguien de su entorno.

Los dispositivos con los que cuenta la Sedronar focalizados en la atención inmediata son los Centros de Atención Inmediata (CAI) y la Línea 141, servicio telefónico gratuito y anónimo que funciona en todo el país brindando escucha y asistencia las 24 horas a quienes, para sí o para otra persona, están buscando ayuda o información sobre los consumos de sustancias y problemáticas asociadas.

El carácter inmediato de esta modalidad está relacionado con la posibilidad de dar respuestas rápidas y efectivas a demandas urgentes. Esta modalidad funciona con un umbral mínimo de exigencia, que disminuye los requerimientos para el acceso para que la o el solicitante reciba los cuidados y el acompañamiento institucional en el menor tiempo posible. Se caracteriza entonces por la posibilidad de la asistencia sin turnos, trámites, o documentación específica para acceder, así como por su modalidad gratuita. Estos factores en conjunto contribuyen a facilitar el acceso de las personas, eliminando barreras y propiciando una pronta evaluación y respuesta.

Como veremos a continuación, tanto el CAI como la línea 141 propician el acceso a información y el acompañamiento por profesionales de manera rápida y efectiva, dos cuestiones que se vuelven centrales en este tipo de demandas.

2.1.1. Centro de Atención Inmediata (CAI)

El CAI (ex CEDECOR[1]) es un servicio de primera escucha y asistencia inmediata que brinda atención y acompañamiento para situaciones de consumos de sustancias a personas que así lo requieran. Desde una mirada comunitaria e integral, se constituye como un centro de atención, evaluación y derivación. El CAI da una respuesta orientada a resolver la inquietud de la persona que es atendida, a partir de una instancia de primera escucha y el análisis de indicadores, lectura de riesgos y demandas de la persona. De esta manera, la respuesta asistencial busca resolver las demandas de las personas y/o planificar las estrategias correspondientes a cada situación para potenciar otros espacios de acompañamiento y el fortalecimiento de la persona y sus redes en sus contextos particulares.

El objetivo general del CAI consiste en brindar una respuesta integral, eficiente y ágil a la problemática de los consumos, garantizando la accesibilidad de las personas con cobertura pública exclusiva a la red federal de atención y acompañamiento de la Sedronar u otros dispositivos públicos, a partir de una primera escucha, el acompañamiento y las derivaciones correspondientes. Por esta razón, se constituye como un dispositivo gratuito y federal.

La larga trayectoria de sus referentes dentro de la Secretaría se plasma en sus relatos donde narran los distintos cambios que ha ido experimentando el dispositivo, desde el CEDECOR, que articulaba principalmente con comunidades terapéuticas, al actual CAI que está en contacto fluido con toda la gama de centros de la red federal de Sedronar, así como la red de salud pública y las redes locales y comunitarias, pudiendo brindar respuestas más ajustadas a las necesidades de las personas y los territorios.

> En el 2019 con otras compañeras que teníamos una afinidad de laburo pasamos a laburar la asistencia pensando un poco más la perspectiva comunitaria de la asistencia (...) La asistencia, como estaba planteada en la Secretaría, sólo [se encargaba] de atender, de evaluar, para poder derivar a alguna comunidad [terapéutica] con la mirada un poco más clásica de cómo se abordan los consumos problemáticos. Bueno, a partir del 2019 hasta la fecha venimos trabajando ahí (...) Hay algunas cuestiones que bueno parte de la política nueva, con el cambio de gestión, era descentralizar o por lo menos el ideal antes de la pandemia era empezar a trabajar la descentralización un poco del CAI, con un sentido más de accesibilidad. (Referente CAI)

La descentralización mencionada arriba alude a que los CAI se dividen en dos modalidades. El CAI Sede Central atiende en las oficinas de Sedronar en el microcentro porteño. El horario de atención es de 8 a 20hs, organizados en distintos turnos de trabajo. Por otro lado, existen una serie de CAI descentralizados o territoriales, que funcionan en distintos barrios del AMBA y en otras provincias. De acuerdo a lo relatado por los/as referentes entrevistados/as, si bien los CAI territoriales mantienen los mismos objetivos de evaluación y derivación el CAI

1. Centro de Consulta y Orientación.

de Sede central, se destacan por una mayor inserción en el territorio y, en ese sentido, con un mayor involucramiento y presencia cotidiana en las dinámicas y problemáticas en los barrios. Los/as referentes reconocen que esta inserción territorial torna más efectivas las articulaciones interinstitucionales a fin de agilizar el proceso de respuesta.

> Tenemos más de una entrevista, pero no quiere decir que pongamos en tiempo de espera y burocraticemos, sino que nosotros acompañemos procesos, ese acompañar muchas veces es una entrevista, dos entrevistas, es hablar con la mamá, la tía, es ir armando como la escena, siempre decimos lo mismo: 'no es la foto es la película', y tenemos que ver la película, y no quiere decir que eso es burocratizar un proceso, todo lo contrario nosotros estamos ahí para generar mayor accesibilidad, porque muchos de esos pibes no llegan a Sarmiento. (Referente CAI)

Sin embargo, también afirman la complejidad que ello acarrea: gestionar derivaciones con otros actores territoriales implica una ajustada lectura de la dinámica propia de cada uno de estos actores, sus intereses, modos de trabajo, posicionamientos, lo que muchas veces puede generar ciertas tensiones en la práctica diaria, sobre las que es preciso trabajar. Para favorecer esa labor, los/as referentes narran un modo de trabajo estructurado por duplas, compuestas por dos psicólogos/as o bien por un/a psicólogo/a y un/a trabajador/a social. Cada dupla trabaja en un barrio específico y en articulación con alguna institución que cede el espacio. Así, los horarios de atención son variables, dependiendo de los horarios de la institución.

A pesar de estas diferencias, todos/as los/as referentes entrevistados/as destacaron como particularidad del dispositivo –en tanto eje que vienen desarrollando fuertemente– la capacidad de brindar una admisión y primera escucha de la persona en situación de crisis y poder realizar una derivación adecuada, pertinente y rápida debido a sus aceitados vínculos con la red de Sedronar así como con otros efectores de salud.

> Hay una perspectiva de que siempre se da una respuesta, de que esa respuesta no necesariamente queda en la Sedronar sino que tiene que ver con una mirada de poder derivar y articular con otros efectores tanto de la salud, de la cultura y demás para poder canalizar esa demanda. Bueno, si una persona viene al CAI lo primero que se hace es: se lo recibe, se lo registra. Hay un registro que tiene que ver con tomarle los datos, charlar un poco de la situación, sin internalizarse en la cuestión más terapéutica o de la internación en sí, sino (...) tomar algunos datos, ver cómo está, en qué instancia está (...) y se intenta también contener (...) Luego, pasa a ser atendido por un profesional y evalúan la situación y en función de esa evaluación se produce una derivación a distintos tipos de instituciones que pueden ser, a una comunidad terapéutica que esté conveniada con la Sedronar (no a cualquier institución), a dispositivos de la red pública o comunitaria y si no a dispositivos de la red Sedronar, digamos que son los DTC, las Casa con vivenciales, las CAACs, algún otro descentralizado de CAI, digamos si es necesario, por una cuestión geográfica. (Referente CAI)

El dispositivo se constituye como una puerta de entrada para el inicio de un tratamiento. Según los/as referentes entrevistados/as, cuando llega la persona, ya sea por demanda espontánea, o bien derivada de otra institución u organización, se la recibe y se le solicita su DNI. Luego de comprobar que la persona no tiene obra social o prepaga, se realiza una primera escucha. En caso de que la persona tenga obra social, se realiza la derivación pertinente. Si la persona llega por una derivación, se busca establecer una vinculación con la institución que la derivó a fin de conseguir un informe y/o recabar más información de la persona y su situación así como de las acciones realizadas.

Todos/as los/as referentes destacaron la importancia central de la primera escucha. Ésta consiste en una entrevista individual, con un/a psicólogo/a, con una duración aproximada de entre 30 a 45 minutos. El objetivo de esta entrevista es realizar una evaluación y analizar cuál es la respuesta más adecuada para esa persona. Para esta evaluación, es central la voluntad de la persona de estar allí y de iniciar un tratamiento. A partir de la confirmación de esta voluntad, sumado al tipo de demanda que se construye en la entrevista así como una *lectura del riesgo*[2], se realiza la articulación y/o derivación correspondiente. Algunos/as referentes marcaron que, en determinadas situaciones, luego de la entrevista inicial se sugiere una interconsulta con un/a psiquiatra, lo que se realiza previo a la derivación.

Por último, y como se desprende del testimonio citado, los/as referentes marcaron que luego de la evaluación, la derivación puede ser a distintos tipos de efectores: instituciones de salud pública (hospitales generales, centros de salud), o centros de Sedronar propios o conveniados.

Algo interesante a marcar de acuerdo a lo dicho en las entrevistas es que, si bien mayormente se trabaja con problemáticas de consumo, se abordan también cuestiones más generales que tienen que ver con una mirada integral respecto de la persona y su salud y que involucra una serie de acciones en función del acceso y/o restitución de derechos.

> En términos amplios yo creo que la orientación (...) tiene una mirada promocional y preventiva, porque efectivamente a lo mejor no es una respuesta asistencial, clínica, terapéutica, pero sí se orientó a esa persona a que tenga acceso a derechos, lo mismo que poder hacerse el documento y poder vacunarse. (Referente CAI)

En ese sentido, los CAI articulan con el Ministerio de Desarrollo Social, con el Ministerio Público Fiscal –especialmente con sus agencias territoriales (ATAJO)– y con el Ministerio de Trabajo. Desde la implementación del programa Potenciar

2. Se entiende que la lectura del riesgo implica "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. (...) 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." (Sedronar, 2019: 96)

Acompañamiento y Potenciar Trabajo, esta última articulación ha experimentado algunos cambios en virtud de la puesta en marcha de dicho programa. Además de estas dependencias gubernamentales, se articula con organizaciones sociales, comunitarias y ONGs con presencia en los distintos barrios donde se insertan. Así, se narran fértiles relaciones con centros de formación profesional, comedores comunitarios, organizaciones sociales, etc.

En cuanto a la población asistida por los CAI, la información relevada al momento de la entrevista con la persona que se acerca a solicitar atención resulta un insumo para caracterizar a la población en términos de género, edad, situación laboral y nivel educativo. Al respecto, la información registrada entre enero de 2019 y junio de 2022, señala que la mayoría residía en Buenos Aires y el 75,1% eran varones. En cuanto a la edad, el 37,1% tenía entre 19 y 29 años y cerca del 33% entre 30 y 39 años. En tanto, más de la mitad de las personas asistidas (54,5%) no completó sus estudios secundarios, el 44,3% poseía vivienda propia mientras que un 15,3% se encontraba en situación de calle. Apenas el 2,4% disponía de un trabajo formal y el 56,7% estaba desocupado o buscando trabajo. En cuanto a información sobre prácticas de consumo, cerca del 72% manifestó consumir a diario o casi y la sustancia por la que se consultó mayoritariamente fue la cocaína (30,2%). Como una estimación promedio de los tres años del período, el 46,9% de las personas asistidas recibieron como sugerencia terapéutica, en los dispositivos, la internación.

2.1.2. Línea 141

La Línea 141 es una línea de atención telefónica gratuita, anónima y confidencial cuya finalidad es brindar un servicio de contención y acompañamiento profesional a quienes, para sí o para otra persona, están buscando ayuda o información sobre los consumos de sustancias y problemáticas asociadas. Funciona en todo el país las 24 horas, todos los días del año.

En rigor, este tipo de dispositivo de atención no se exploró en las entrevistas realizadas para el presente estudio, pero es importante considerar brevemente sus características para tener una comprensión más amplia de la modalidad de atención inmediata.

Las personas que llaman a la Línea 141 pueden hacerlo para realizar consultas relacionadas con sus propios consumos (consultas directas), para buscar ayuda o acompañamiento para personas de su entorno (consultas indirectas) o por cualquier consulta relativa a obtener información sobre la atención y/o prevención de los consumos de sustancias en general (pedido de información).

Los datos recabados por la línea se sistematizan en tableros estadísticos de seguimiento y evaluación disponibles para su visualización, lectura y análisis en la página web del Observatorio Argentino de Drogas. Su procesamiento y sistematización en tableros y gráficos aportan dinamismo y accesibilidad, puesto que permiten navegar aplicando y combinando diversos filtros y consultando

diferentes indicadores. Allí se presenta información que clasifica los llamados según la provincia de procedencia, el tipo de consulta, los motivos principales de consulta, el género y la edad de la persona en situación de consumo (tanto para las consultas directas como para las indirectas), el género y la edad de la persona que llama para acompañar a terceros/as, el tiempo que lleva la persona en situación de consumo, si accedió alguna vez a tratamiento por consumos de sustancias, etc.

Para el caso de la Línea 141, la información relevada en el momento de la llamada permite determinar que, durante el período que va del 1° de enero de 2019 hasta el 30 de junio de 2022, se recibieron más de 107.000 llamados de los cuales el 14,5% fue realizado de manera directa por la persona que consume (consultas directas), mientras que un 37,5% corresponde a llamados referidos a terceros (consultas indirectas). Por otra parte, durante el mismo período se efectuaron 51.800 consultas sobre información no vinculada al consumo de sustancias, es decir consultas referidas a la pandemia, a orientación sobre protocolos de procedimiento, a permisos, etc.

En cuanto al género de la persona que realizó la consulta vinculada al consumo de sustancias, la mayoría de los llamados fue realizada por mujeres (63,7%). Sin embargo, la información registrada indica que cerca del 82% de las personas asistidas en el período mencionado son varones. Es decir, la mayoría de las mujeres hizo la consulta por el problema de consumo de otra persona. En cuanto a la edad de las personas asistidas, algo más del 39% se encuentra entre 19 y 29 años, mientras que menos del 1% corresponde a adultos de 70 años y más. Finalmente, el 51,9% de la población asistida llevaba más de 10 años en situación de consumo.

2.2. Ambulatoria y comunitaria

En la modalidad ambulatoria, las personas con problemáticas de consumos de sustancias psicoactivas y/o padecimiento mental asisten regularmente al tratamiento, con una frecuencia estipulada. Este cuenta con diferentes servicios, entre los cuales se encuentran terapias (individuales, familiares y grupales), terapia ocupacional, talleres promocionales y tratamiento psicofarmacológico, actividades a partir de las cuales el tratamiento interdisciplinario e intersectorial se realiza sin tener que desvincularse de su entorno social.

En la modalidad comunitaria se llevan a cabo acciones preventivas y asistenciales que promueven un abordaje integral (comunitario, psicosocial, educativo, cultural, recreativo y laboral), orientadas a la atención primaria de la salud de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social frente a las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Funcionan intersectorialmente y promueven el fortalecimiento de las redes de los servicios locales con el propósito de asegurar un abordaje integral.

Los resultados de los dispositivos que presentamos a continuación tienen la particularidad de brindar en todos los casos un abordaje de los consumos desde la modalidad ambulatoria, pero desde modos de trabajo, ejes de propuesta

institucional y formas de articulación diferentes, donde lo comunitario tiene un peso significativo.

2.2.1. Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC)

Los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC) son centros de atención y acompañamiento que abordan las problemáticas de consumo desde un enfoque integral y comunitario. Contemplan la complejidad de la temática y el impacto en las diversas realidades del territorio determinando la construcción de acciones interactorales, intersectoriales, interdisciplinarias e intergubernamentales. A su vez, se proponen generar condiciones para el abordaje de las problemáticas de consumo en el marco de la promoción, el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos de las personas. También, consideran las prácticas orientadas a la inclusión social constituyéndose en acciones que contienen una potencialidad terapéutica. Por medio de estos espacios, se propician prácticas integrales de prevención, atención y acompañamiento que generen espacios de umbral mínimo de exigencia en el abordaje de los consumos problemáticos (OAD, 2022). Estos centros se enmarcan en función de dos ejes rectores: la atención y acompañamiento integral y el abordaje comunitario. Ambos ejes se entraman de manera dinámica, conformando una lógica de abordaje específica, cuya ejecución requiere de un equipo de trabajo acorde a las características de cada centro de atención y acompañamiento. Son co-gestionados entre Sedronar y gobiernos provinciales y/o municipales. Su creación a partir del Programa Nacional de Acompañamiento Territorial en materia de drogas se enmarca en la propuesta de intervención de la Sedronar al conformar una red de dispositivos articulados, ubicando a las problemáticas asociadas al consumo de drogas en una dimensión colectiva, implicando los recursos disponibles en la propia comunidad y territorio (Sedronar, 2020; Resolución 324/2020).

La mayor parte de estos dispositivos cuenta con una larga trayectoria de trabajo territorial. Su origen se remonta a 2014, cuando la Sedronar puso en marcha distintos dispositivos territoriales: los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CePLA) –dispositivos de prevención y promoción abiertos a la comunidad–, las Casas Educativas Terapéuticas (CET) –de corte asistencial– y los Puntos de Encuentro Comunitarios (PEC) –que, apoyándose en las instituciones preexistentes en los barrios brindaban propuestas de abordaje territorial. En 2017, muchos de estos dispositivos readecuaron sus funciones y quedaron unificados en un dispositivo único denominado Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT) que planteó como ejes de trabajo el abordaje territorial, la asistencia y la promoción y prevención. En 2019, los DIAT adquirieron la denominación de DTC, fortaleciendo el carácter territorial e integral de sus intervenciones en el marco de la Ley de Salud Mental y desde una perspectiva de derechos humanos.

Esta historia de los dispositivos se evidencia en la trayectoria de sus referentes quienes, en general, trabajan en la institución desde aquellos comienzos en una CET o un CePLA, por lo que se destaca su detallado conocimiento de los cambios y continuidades en la mutación histórica de estos centros. Los/as referentes entrevistados/as están formados/as en disciplinas como psicología, trabajo social, psicopedagogía, y muchas tienen especializaciones en la temática (master en

drogadependencia, especialización en salud comunitaria, entre otras). Se destaca, asimismo, su trayectoria de trabajo en organizaciones de la sociedad civil o en ámbitos gubernamentales relacionados con la promoción y protección de derechos.

La información relevada al momento de la entrevista con la persona que se acerca al Dispositivo Territorial Comunitario (DTC) permite obtener una caracterización sociodemográfica como también información sobre las sustancias y la frecuencia de consumo por las cuales se consulta y/o las actividades que realizan las personas en estos dispositivos. De este modo, los datos (enero 2019 a junio 2022) señalan que las personas que se acercaron a estos dispositivos fueron en su mayoría varones (60,4%) y el 59,6% de las personas asistidas tenía entre 19 y 39 años. Alrededor del 54% alcanzó el nivel secundario de estudios y en cuanto a su situación laboral, menos del 37% contaba con empleo. Cabe destacar que más de la mitad (50,85%) ya había participado en espacios de primera escucha. Por último, en cuanto a la frecuencia de consumo de la sustancia por la cual hicieron la consulta, el 37,9% manifestó consumir a diario o casi y las sustancias mayormente mencionadas fueron el alcohol y la marihuana, seguidas por la cocaína.

Equipo de trabajo y funcionamiento cotidiano

El equipo de trabajo se divide entre equipo técnico –compuesto mayormente por psicólogos/as y trabajadores/as sociales, y en algunos casos por psiquiatras, terapistas ocupacionales, psicólogos/as sociales– y talleristas de diversa índole que se desempeñan en actividades educativas, deportivas, artísticas, de formación, etc.

De acuerdo a lo narrado en las entrevistas, los DTC funcionan en un amplio rango horario, destacándose principalmente los horarios de tarde. En algunos casos los/as referentes comentaron un funcionamiento también por la mañana. La mayoría cuentan con espacios propios que, a pesar de sus diferencias de tamaño y emplazamiento, se encuentran equipados para una variedad de actividades. En los casos en que no cuentan con edificio propio, se destacan fértiles relaciones con organizaciones barriales/territoriales que ceden sus espacios y complementan sus actividades.

Todos/as los/as referentes consultados/as identifican claramente los tres ejes rectores de la intervención de los dispositivos, que se corresponden con aquellos fijados desde la Secretaría: asistencia, promoción y prevención y abordaje territorial. Dichos ejes son llevados a cabo desde la configuración de dispositivos de bajo umbral, que apuntan a la promoción y restitución de derechos mediante la inclusión, el armado de redes interactorales y comunitarias y promoviendo un abordaje de los consumos problemáticos desde la reducción de riesgos y daños y la salud integral.

> Los ejes son los que dispone Sedronar, que es la prevención, la promoción y la asistencia, con el abordaje territorial, al consumo problemático de sustancias. Son los ejes rectores del dispositivo (...) Se trabajan articuladamente, en función a la necesidad del usuario (...) y la del dispositivo también, esto también hay que decirlo, porque creemos que es necesaria más la salida, entonces vamos

> a trabajar y sabemos que finalmente vamos a terminar haciendo promoción, prevención, abordaje territorial y posiblemente asistencia también. (...) No es un eje que prime por encima del otro, creo que tiene que ver con una articulación interna de estos ejes. Siempre la restitución de los derechos de las personas con consumo problemático es sustancial en esa lógica. (Referente DTC)

En cuanto a la asistencia se trabaja con un umbral mínimo de exigencia, atendiendo a todas las demandas que surgen y ponderando el abordaje de las vulneraciones de derechos y apostando a la inclusión. En lo que refiere a promoción y prevención, los/as entrevistados/as destacaron los espacios abiertos a la comunidad, los talleres que se dan dentro del dispositivo, las capacitaciones que se hacen en otras instituciones, la participación en eventos comunitarios. Por su parte, el abordaje territorial implica, según las referentes, dar respuestas dentro del territorio y la comunidad de la persona, así como las redes y articulaciones que se generan desde el dispositivo. Como expresan las citas anteriores, los tres ejes se trabajan articuladamente en función de la necesidad del usuario/a, atendiendo a su propio proceso singular y a la inserción comunitaria de la respuesta brindada.

> Nosotros desde el dispositivo estamos convencidos que la estrategia de abordaje de los consumos problemáticos con las poblaciones en alta vulnerabilidad como las que trabajamos, la respuesta tiene que ir por el lado de la inclusión y de las posibilidades de participación, entonces la inclusión en lo educativo, las posibilidades de acceso o el de disminuir el umbral de acceso lo máximo posible a la salud, a una vivienda digna, a los derechos, a los derechos digamos de una infancia, a los derechos digamos en cuestiones de género, es por el lado por el cual consideramos que se va a reducir al máximo el consumo o que el consumo va a dejar de generar los daños que genera; entonces, pensando como desde esta lógica o desde este eje transversal que nos atraviesa y consideramos que es en lo que nosotros podemos acompañar es que nuestro trabajo se basa en las articulaciones. (Referente DTC)

Si bien el foco está puesto en el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, el trabajo en los DTC excede por mucho esta problemática.

> Por ahí aparecen demandas que no tienen que ver con el consumo problemático, pero siempre tenemos una primera escucha y luego articulamos con la institución correspondiente. Por ejemplo, violencia es algo que siempre aparece y, bueno, a veces tiene que ver con el consumo, se puede trabajar desde ahí, pero algunas veces no y bueno, y entonces ahí podemos articular, por ejemplo, con la dirección de género, y así, digo, con las distintas problemáticas sociales que pueden ir apareciendo. (Referente DTC)

En general, los DTC se destacan por su inserción en el territorio y se asocian a espacios que se vuelven para sus asistentes como una casa, un espacio de inclusión. De esta manera la comunidad se apropia del DTC, se relaciona con el Estado desde una cara amigable en un espacio de restitución de derechos, de inclusión y de salud integral. Esto, según los/as referentes, le brinda a los espacios una gran legitimidad y reconocimiento amplio por parte de la comunidad en la que se encuentran insertos, que se manifiesta en una pluralidad de articulaciones y redes forjadas al

calor del trabajo cotidiano a lo largo de los años, así como por la larga experiencia de sus trabajadores/as en el campo de los consumos.

La presencia, en muchos casos, de un edificio con infraestructura variada ayuda a la ampliación de la oferta de actividades. En otros casos, donde no cuentan con edificio o su inserción en el territorio es más reciente, dependen en gran medida de los espacios que consigan para funcionar y/o de las articulaciones con otras instituciones. En todos los casos entrevistados, los/as referentes marcaron la importancia de trabajar en el barrio, atendiendo a sus dinámicas, vínculos y problemáticas. Algunos/as referentes también mencionaron el trabajo en barrios aledaños, que poseen problemáticas similares y, a través de articulaciones más amplias, se busca aportar soluciones de conjunto con otras instituciones locales.

Un emergente interesante a destacar narrado por los/as referentes, principalmente en el interior del país, es que el modo de abordaje desde lo territorial apunta a instalar un modo de trabajo desde el paradigma de derechos humanos que no suele estar tan presente en las provincias.

> Hemos sido partícipes también de lo que es la reglamentación de la Ley de Salud Mental en provincia, que eso no estaba. Esto, como un dispositivo que ha innovado en una política nacional y que ha logrado instalarse e instalar lo que tiene que ver con la política de abordaje integral del consumo problemático de sustancias, porque no estaba trabajado acá. Entonces, es un dispositivo hoy que se ha consolidado, que sigue trabajando, que se sigue formando y que está trabajando hoy más de manera intersectorial con otros organismos. (Referente DTC)

> (El dispositivo) surge como una propuesta bastante innovadora en la ciudad (...), porque la mayoría de los tratamiento que había hasta momento de la instalación del dispositivo de la Sedronar tenían que ver con Programas abstencionistas, más vinculado a lo médico sanitario; a paradigmas médico-sanitarios o más bien a paradigmas éticos-jurídicos. En 2014 cuando nos encontramos con la propuesta que estaba haciendo Sedronar en ese momento, la verdad es que nos enamoramos de esa propuesta, y tiene que ver con un abordaje de los consumos problemáticos a partir de un paradigma de los Derechos Humanos, y creo que eso es lo que caracteriza fundamentalmente a este dispositivo. Un dispositivo anclado territorialmente, con una lógica de trabajo social y comunitaria y fuertemente basado en un enfoque de los Derechos Humanos. (Referente DTC)

De acuerdo a lo mencionado por los/as referentes entrevistados/as, el trabajo cotidiano de los DTC está dividido en dimensiones. Éstas pueden variar de acuerdo a la especificidad de cada espacio, pero en general se destacan dos grandes dimensiones. Por un lado, la relacionada con la asistencia por consumos problemáticos, que tiene en su centro –aunque no exclusivamente– al equipo técnico. Por otro lado, el área de talleres promocionales abiertos a la comunidad. Esta última también está subdividida en áreas variables, pero que en general responden a: educativa, artística, deportiva y recreativa.

> Después nosotros trabajamos por dimensiones, tenemos distintas dimensiones: la dimensión educativa que es la que prepara esto para los ámbitos educativos, hacia adentro y hacia afuera, porque vamos hacia los colegios pero también articulamos con terminalidad educativa para que los chicos puedan terminar la formación educativa, o articulamos con algunas instituciones puntuales, como por ejemplo talleres de formación de acompañamiento terapéutico, o con algunas otras carreras que vienen a hacer rotación al dispositivo para adquirir la experiencia de trabajar en un dispositivo como el nuestro. (...) También después tenemos el área o la dimensión de la salud, se trabaja con los centros primarios de salud, puntualmente con lo que tiene que ver con los centros de primera atención y lo que es agentes sanitarios, también en los dos sentidos, sensibilización a veces o se articula para casos puntuales donde los usuarios requieren el acompañamiento específico. (Referente DTC)

Cada dimensión suele tener un referente o coordinador, varios/as talleristas y alguien de equipo técnico que acompaña. Y esta es una particularidad central que favorece que los talleres favorezcan intervenciones terapéuticas. Y es que, si bien en la dimensión de asistencia se brindan principalmente en espacios de escucha personal y especializada, el equipo técnico trabaja interdisciplinariamente con los/as talleristas las propuestas y acompaña las diversas actividades en pos de que ese espacio de taller también se transforme en terapéutico.

> Por ejemplo, música tiene un psicólogo y un trabajador social que acompaña ese espacio para que la propuesta de música tenga como un enfoque también terapéutico, que no sea solamente enseñar a tocar guitarra, sino que tenga algo más enfocado a lo terapéutico, a la escucha, a la circulación del deseo. (Referente DTC)

De la misma manera, y en función de este trabajo articulado entre dimensiones, muchas veces son los/as talleristas quienes identifican cuestiones emergentes y se las transmiten al equipo técnico en función de lo observado en los talleres.

Las actividades se planifican de manera mensual y en reuniones de equipo en función de los ejes y emergentes que se quieren trabajar en las mismas. Esta planificación responde la segmentación de los talleres de acuerdo a determinados criterios que tiene que ver con poblaciones específicas (segmentación por edad, género), por objetivos (talleres para la comunidad en general, talleres terapéuticos específicos, talleres de formación y capacitación, etc.), en función de la inserción comunitaria del dispositivo (participación en festivales comunitarios, conmemoración de efemérides significativas), etc. En cualquier caso, lo que destacan los/as referentes es la amplia oferta y la formulación de la misma en función de una ajustada lectura del territorio, la comunidad y sus necesidades. Estos espacios, además, favorecen que las personas se acerquen a los dispositivos a participar de los talleres. Este acercamiento, al tiempo que fortalece las redes afectivas e interpersonales de cada comunidad, facilita la accesibilidad de las personas al tratamiento.

Los espacios promocionales tienen más bien el eje puesto en talleres de oficio y educativo, con un seguimiento pormenorizado de sus asistentes, así como de inclusión en un espacio comunitario. En esta misma línea, las actividades de inclusión educativa se tornan también centrales, destacándose la presencia en

muchos DTC del plan FINES (programa para la finalización de los estudios primarios o secundarios). Los talleres abiertos a la comunidad apuestan a la promoción y a la prevención pero también a la inclusión. En este último caso, los más concurridos suelen ser los que involucran actividades deportivas y artísticas. Además, el taller de huerta fue mencionado en casi todos los espacios como una actividad con amplia aceptación y muy buenos resultados.

> Actualmente tenemos tres talleres, es el taller de turno recreativo, que es un taller abierto, que suele ser como el enganche, de participación, estamos en un potrero, entonces utilizamos ese espacio al aire libre. Es para toda la población, masculinidad, femineidades, no participan personas menores de 16. Después tenemos un taller de cine en movimiento, viene trabajando el tema del cine comunitario en muchos barrios, y se realizan talleres con el fin de generar una producción audiovisual. Ese taller está vinculado al hogar de Cristo, intentan que las personas que asistan sean siempre las mismas, que haya cierta regularidad en las personas que asisten. Y después tenemos otro taller, que es un taller que está orientado a personas que ya vienen haciendo un tratamiento sostenido en el tiempo, un proceso avanzado de tratamiento, que es el taller de carpintería. (Referente DTC)

Hay algunos casos en los cuales las personas concurren a realizar actividades al dispositivo pero sin una demanda específica de tratamiento. Aparece aquí una estrategia fundamental del trabajo de los dispositivos: la presencia cotidiana que habilita la generación de lazos de confianza y, en caso de ser necesario, constituir un vínculo de referencia que habilite a las personas a “pedir ayuda”.

> Nosotros con los chicos, sobre todo los más chicos, adolescentes y demás, es bastante común que por ahí no vengan, digamos, presentando esa problemática; por ahí vienen, bueno, uno intenta alojar, recibir, sobre cuestiones más primarias, uno empieza a tener un rol más presente, uno empieza intervenir en otras cuestiones más cotidianas, y después empiezan a aparecer quizá otras demandas u otras problematizaciones en torno a las cuestiones de los consumos. (Referente DTC)

La primera escucha y la sistematización de la información

Si bien desde esta propuesta institucional no se puede identificar un tiempo predeterminado de permanencia en el tratamiento ni etapas pre-definidas se pueden sistematizar algunas etapas mencionadas por los/as referentes a los fines de plasmar analíticamente la diversidad y multiplicidad de lo que acontece en los distintos DTC. Vale aclarar que estas etapas no contienen necesariamente un carácter evolutivo y de tiempos predefinidos, sino que lo que se destaca por sobre todo es el dinamismo y la posibilidad de repensar el proceso en su mismo acontecer. Esto sucede no solo porque las demandas y necesidades de las personas van cambiando sino porque, en algunos casos, las personas concurren de manera intermitente.

> Esto es todo muy artesanal y trabajado con cada una de las personas de acuerdo a lo que la persona quiera, hay procesos que se van cerrando porque

> la persona necesita cerrarlo, hay procesos que se han cerrado porque el dispositivo no tenía más respuesta que dar y se ha derivado, pero nunca te podría hablar de tiempos exactos. (Referente DTC)

En general las personas se acercan al DTC por demanda espontánea, o bien derivadas de alguna otra institución, tanto para solicitar tratamiento para sí como para algún familiar. Lo primero que acontece entonces es el proceso de primera escucha en duplas. En caso de ser necesario –y que el dispositivo cuente con uno/a– se programa la evaluación con un/a psiquiatra o con algún otro profesional que se considere pertinente. Luego de la evaluación puede ocurrir que: o bien la persona es derivada a una institución que se ajuste más a sus necesidades, o se la invita a la propuesta que se considera pertinente dentro del dispositivo. En el primer caso, el equipo se encarga de acompañar y gestionar esa derivación, así como de hacer un seguimiento posterior de la misma. En el segundo caso, se avanza en la construcción de un plan de acción donde se planifican los días, horarios y actividades que va a realizar la persona teniendo en cuenta sus deseos, necesidades y la evaluación realizada por el equipo.

> Depende del caso a caso, depende de la situación. A veces vienen a hacer solo espacio de escucha, otros están una hora, o a veces tenían espacio de escucha de otra actividad, y bueno, eso les requiere más tiempo. (...) En el caso de que articulemos con alguna otra institución, siempre tratamos de seguir en contacto, o sea, de ver cómo le fue, o sea, y de acompañar hasta en la primera entrevista, porque usualmente lo que nos pasa, sobre todo con violencia de género, llegan, llegaban al dispositivo con esta demanda, o en realidad también se descubre un poco a partir de que vienen los hijos de la persona que está viviendo una situación de violencia de género, se toma contacto, bueno, a raíz de ahí también surgen las demandas; y que llegue a contar es difícil, entonces entendemos de que eso, más allá de que no es algo que nosotros trabajemos específicamente, y que hay equipos preparados para, bueno, ya se creó el lazo con la persona, el vínculo, entonces acompañamos hasta que pueda conectarse con el otro equipo, y bueno, y ahí pueda continuar. Pero siempre se trata de hacer como un seguimiento, sobre todo en el primer mes o en la primera etapa, a ver si está yendo, cómo le va. (Referente DTC)

En virtud de esta singularidad en el modelo de abordaje, los/as referentes destacan una multiplicidad de trayectorias diversas que conviven en los dispositivos. Así como hay personas que solo concurren al espacio de escucha y lo mantienen durante cierto tiempo, otras comienzan a complementar los espacios de escucha con talleres de diverso tipo. En algunos casos mantienen las dos actividades, en otros quedan solo con los talleres y comienzan a generar progresivamente lazos nuevos dentro del espacio que les permite reinsertarse en diversas áreas de su vida. El objetivo en última instancia tiene que ver con potenciar la autonomía de la persona.

> Hay usuarios que no salen del espacio de escucha, de la primera escucha, y hay usuarios que esta escucha es mediada, entonces se van incluyendo algún otro tipo de actividades, porque también, si no se va agotando ese espacio de escucha. Después tenemos los otros usuarios que ya han avanzado esa parte, donde van logrando lo que es la autonomía en sus procesos, y ya es como que empezamos con el caminito de vuelta, empezamos a articular más con

> instituciones que tengan que ver con su red o a construir la red territorial, que hay algunos que no la tienen. Obviamente que los procesos son muy variados y singulares, como decía, pero en general a tratar de encontrar esos brazos dentro de la comunidad donde se pueda instalar esta persona. Acompañamos esa etapa y después acompañamos esa autonomía progresiva, hasta que el usuario puede lograr la independencia del dispositivo. (Referente DTC)

De acuerdo a lo que se desprende de las entrevistas, sea por demanda espontánea o por un turno fijado de antemano, la primera escucha es el principio de la vinculación de una persona con el espacio. Suele realizarse mayormente en duplas, preferentemente interdisciplinarias. En general, qué dupla reciba a la persona depende del día y horario que esa persona concurra. En algunos casos, se incorpora a este proceso al acompañante terapéutico para delinear el diagnóstico. En general se compone de 3 o 4 entrevistas. Más allá de la cantidad de encuentros, lo central en esta etapa es establecer con la persona ciertos acuerdos a la vez que se le transmiten algunas reglas y cuestiones básicas de la institución y su funcionamiento.

> Sí, esa primera charla, digamos, está orientada con lo que son los datos básicos de la persona, conocer el motivo de consulta, obviamente ver si existe una situación de consumo problemático o no, tal vez puede ser una consulta indirecta de algún familiar o amigo. Tenemos lo que es la hoja de primer contacto, que se llama así digamos, que es de manera directa, que es la persona que viene a consultar por una situación propia, o lo que es la indirecta, que es cuando viene un familiar. Entonces eso, digamos, de alguna manera es un orientador a la entrevista dependiendo del tiempo que tenga la persona, digamos, lo ideal es poder sentarse, poder, digamos, generar un clima dentro de todo ameno, se le sirve agua, se intenta; y bueno, preguntar algunas cuestiones, intentamos en principio tal vez, o sea, que no sea una entrevista de ¿cómo te llamas?, y el otro escribe, sino que sea algo como más fluido, porque bueno, la hoja de primer contacto es algo que no se llena de una vez sino que se va llenando, pero sí, lo importante digamos, es como saber más el motivo de consulta, y obviamente establecer un contacto en lo posible telefónico con la persona, si no se puede telefónico tal vez ver por dónde está, establecer algún punto ahí de encuentro, o que venga en otro horario. (Referente DTC)

Otra cuestión interesante es que esta primera escucha no necesariamente se produce en el ámbito del consultorio, sino que puede dar lugar a otros espacios o actividades. Los DTC cuentan con instrumentos de registro y seguimiento de las personas que ingresan y sus procesos. Al ingresar la persona, se completa una Hoja de primer contacto (HPC)[3] con sus datos, motivos de consulta y otras informaciones sobre intereses y posibles vulneraciones de derechos que permitan delinear una hoja de ruta para orientar el trabajo del equipo. Para el llenado de

3. La Hoja de Primer Contacto es una herramienta de sistematización de la información para la elaboración de un diagnóstico inicial, integral, en relación a la situación de acceso a derechos. 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, posibilita ubicar cuáles son los riesgos y los daños a los que están expuestos/as y cuáles son las prioridades sobre las que se debe intervenir. Además, 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 (Sedronar, 2019).

esta herramienta algunas referentes apuntaron que en las primeras charlas, si bien están guiadas por la HPC, se genera un clima distendido y de comienzo de generación de lazos de confianza antes que una entrevista donde meramente se recaban datos personales. Si la persona concurre acompañada, también pueden realizar la primera escucha con el/la acompañante.

Sigue a esto el diseño del "plan terapéutico" que, de acuerdo con los/as referentes, es de carácter singular y debe ajustarse a las posibilidades y necesidades de cada persona. Asimismo, implica la construcción de la demanda y la identificación de las diversas formas posibles que puede tener un tratamiento, no necesariamente vinculado a una consulta con un/a psicólogo/a o psiquiatra. En este proceso se busca definir los talleres y espacios a los que se concurrirá y en qué días y horarios. Este plan es de carácter dinámico y se revisa asiduamente a fin de que se vaya adaptando a los cambios y necesidades del consultante.

> Cada proceso y cada usuario maneja una agenda; cuando hablamos de umbral mínimo de exigencia vamos delimitando en función de las posibilidades reales de cada usuario y en función a lo que el equipo proponga para el caso, alternativas de concurrencia al dispositivo en materia de la lectura del riesgo que se pueda hacer del caso. En función a eso se va interviniendo, se disponen funciones también de los distintos espacios y los perfiles dentro del equipo que pueden ir abordando. Cuando hablamos de perfiles, hablamos de que a veces hay espacios donde, por ejemplo, tenemos espacios de psicoterapia en cocina, mediadas por un espacio de cocina. Tenemos espacios mediados por música, tenemos trabajos con agenda más desde lo organizacional o desde lo social; en artesanías, por ejemplo. Entonces, no son espacios externalizados sino que se van construyendo las agendas, semanalmente, en función al caso. (...) Todo esto se diagrama la estrategia de abordaje para el caso, se diagrama una vez a la semana en la reunión de equipo. Y en función a esto vamos delimitando objetivos a corto, mediano plazo; por lo general, siempre se trabaja la agenda semanal, con algunos se sostiene la estrategia, con otros se va modificando, esto es parte de la dinámica de todos los usuarios. (Referente DTC)

La presencia de estos acuerdos y esta agenda singular permite también realizar cierto seguimiento respecto de las personas que están en tratamiento y sus avances.

> Se acuerda cuál va a ser el plan terapéutico, que se revisa todo el tiempo, porque por ahí se acuerda con el usuario un plan que va a venir, no sé, a apoyo educativo, o que va a ir venir algunos talleres y después en la marcha eso no pasa, o no quiere, y entonces vuelve a armar otro plan, y eso se va rearmando. (Referente DTC)

Los/as referentes identifican que, para esto, también se vuelve clave el trabajo en equipo de los casos en reuniones periódicas. Si bien en general cada caso se trabaja en dupla, las reuniones sirven para poner en común los casos y evaluar las estrategias a seguir. De ser necesaria la intervención de algún otro/a profesional del dispositivo que la persona aún desconoce, se elaboran estrategias de presentación, introducción y acuerdos de trabajo conjuntos. En caso de que no sea el dispositivo

el que puede dar respuesta acorde a la demanda y necesidad de la persona, se gestiona la derivación pertinente. Estas derivaciones se sustentan en las redes y articulaciones pero también en el trabajo al interior de reuniones de equipo y del diálogo permanente con coordinadores de la Sedronar que ayudan a orientar el trabajo.

Según se desprende de las entrevistas realizadas, la modalidad primordial de atención de los DTC para la primera consulta es por demanda espontánea, lo que implica que cualquier persona puede acercarse espontáneamente a solicitar tratamiento para sí o para alguien de su entorno. Además de la demanda espontánea, la fuerte inserción territorial de los centros de atención también los vuelve instituciones de referencia, por lo que los/as referentes narran que muchas veces se realizan comunicaciones telefónicas, tanto para brindar asistencia ante situaciones de crisis (contención, acompañamiento de procesos, otorgar turno una vez pasada la crisis), como para concertar una cita en el dispositivo o recibir derivaciones de otras instituciones.

Algunas notas sobre el modo de trabajo en pandemia

Con el advenimiento de la pandemia por Covid-19 y el ASPO, ante la imposibilidad de realizar demanda espontánea, muchos centros optaron por implementar un sistema de turnos. Asimismo, con la pandemia proliferaron diversas propuestas de atención virtuales que adquirieron distintas particularidades en cada institución. En general, durante el periodo de ASPO los dispositivos ofrecieron tanto espacios de escucha individuales, como talleres de manera remota.

> De manera virtual hemos tenido talleres por ejemplo, con chicos en el colegio, que era toda una innovación. Lo hemos tenido con usuarios nuestros también (...) Hemos tenido con algunos entrevistas, con algunos charlas con algunas carreras, por ejemplo acompañamiento terapéutico, agente sanitario, que por ahí armamos talleres con ellos. Con algunas otras instituciones para articular y trabajar algunas cuestiones, algún ateneo hemos tenido. (Referente DTC)

> Algunos enseñaban por zoom y nosotros grabamos esa clase y la pasábamos en nuestro canal de YouTube, entonces podían venir acá a conectarse los que no tenían conectividad en su casa. Otros se organizaron más por Whatsapp, mandando fotos o vídeos o cosas que, nada, se ponían como consigna en la semana, cada uno fue encontrando esas estrategias, pero la verdad, nada, es muy difícil trabajar la virtualidad, porque no hay espacios de conexión abierta o gratuita acá en el barrio, en las plazas, en ningún lado, no es un recurso que tenga la comunidad. (Referente DTC)

Tal como se desprende de estos dichos, se destaca la capacidad de adaptación de los DTC a la pandemia y la nueva realidad que provocó el ASPO. Sin embargo, y tal como queda de relieve en todo lo dicho hasta aquí, es una fortaleza de los DTC su capacidad de ajustarse a las dinámicas cambiantes, atendiendo a los emergentes y las realidades locales, que no tiene que ver exclusivamente con la pandemia, sino con un modo de trabajo sedimentado y articulado que lleva varios años.

2.2.2. Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC)

Las CAAC son espacios que a partir del abordaje integral comunitario acompañan a las personas que se encuentran atravesando situaciones vinculadas a los consumos problemáticos. Tienen presencia territorial y, en general, son consultadas y reconocidas por la mayoría de los actores institucionales relevantes de la comunidad. Según los/as entrevistados no se puede hablar de un esquema de trabajo preestablecido porque la intervención se piensa a partir de la situación y el contexto de la persona. Estas instituciones, 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. Funcionan como puerta de entrada para el inicio de procesos de recuperación e inclusión social y posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad. Es importante destacar que se trata de instituciones de la sociedad civil, religiosas, movimientos sociales o partidos políticos que llevaban tiempo trabajando en sus territorios y, en general, llegaron al abordaje de los consumos problemáticos a través de otras problemáticas ligadas a la vulnerabilidad social o la ruptura del lazo social.

En relación al acceso de las personas, las CAAC se consideran espacios de bajo umbral, es decir que existen requerimientos mínimos para el ingreso, relacionados en general con el cuidado de la persona y el contexto.

Características y funcionamiento cotidiano

Las CAAC (centros barriales, viviendas amigables, cooperativas, entre otras modalidades) se abocan principalmente a realizar intervenciones en circunstancias vinculadas a la exclusión social. Estos espacios, siempre según la perspectiva de las y los entrevistados/as, garantizan derechos humanos vinculados a la salud, la identidad, la vivienda, la educación y el trabajo. Según los/as entrevistados/as en estos espacios se alojan personas que no pueden acceder al sistema de salud o de educación. Se realizan intervenciones que apuntan a una mejora de la situación estructural de quien se acerca a solicitar asistencia por sus consumos problemáticos o por cuestiones que le impiden el pleno acceso a los derechos humanos básicos tales como alimentación, vestimenta, agua potable, entre otros. Estas intervenciones se hacen en el marco de abordajes propuestos por espacios religiosos, movimientos sociales o políticos.

Estos espacios, desde la premisa del bajo umbral, apuntan a acompañar a las personas en la situación que se encuentren. En función de esta premisa, en las instituciones se ofrecen recursos tales como alojamiento, vestimenta, comida y medicación para que las personas puedan sortear rápidamente sus problemáticas de salud. En este sentido, para estas instituciones, el consumo problemático de sustancias psicoactivas es una dimensión de prioritaria del abordaje, pero no la única.

El diagnóstico que plantean los/as miembros de las instituciones se basa en que las ofertas de asistencia más tradicionales o médico-hegemónicas (servicios de salud mental, espacios de internación, alternativas de medio camino u otras

modalidades de tratamiento) contemplan poco el contexto general de la persona y las dimensiones estructurales de vulneración que pueden atravesar, por lo que suelen tener poco impacto en las personas y en las conductas asociadas a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Cuando se indagó sobre la información otorgada a las personas para el ingreso a la institución, todos/as coinciden en que se ofrece una charla inicial en la que se le comenta a persona sobre el funcionamiento del espacio, se le pregunta sobre la historia personal y a partir de allí se busca una propuesta que la persona pueda desarrollar.

En la mayoría de las CAAC que participaron de esta investigación se ofrecen tratamientos psicológicos frecuentes y de emergencia en sintonía con los requerimientos de la Sedronar. Pueden ser considerados espacios en donde se realizan intervenciones integrales, tareas de capacitación, obtención de documentos, o actividades de restitución de derechos. En general, estas instituciones son capaces de mantener el contacto con las personas que viven en los barrios o territorios en cualquier momento. Las y los referentes ponen en valor que la institución mantenga las puertas abiertas y conozca el contexto territorial. También destacan los espacios de talleres artísticos, la práctica de algún deporte y las salidas recreativas como espacios promocionales. En estos espacios hay horarios de trabajo que difieren de las instituciones tradicionales porque cubren los fines de semana y los feriados. Según los/as referentes, es común trabajar en horarios no tradicionales para favorecer la concurrencia.

En los últimos años, el acceso a respuestas socio-sanitarias por voluntad propia ha sido cada vez más dinámico gracias a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y del Plan IACOP. Estos espacios, al igual que los CCC y los DTC, contribuyen a que muchas personas puedan tomar la decisión de iniciar un proceso de alejamiento del consumo intensivo o problemático de sustancias psicoactivas. En este sentido, garantizan el acceso de las personas. En estas instituciones, se busca que las barreras simbólicas existentes a la hora de trabajar con poblaciones vulnerables desaparezcan. El dispositivo se encuentra en territorio y trabaja para que los miembros del barrio sean sensibilizados en relación a la problemática y al modo de relacionarse con las personas que están atravesando un consumo problemático de sustancias. En lo que respecta a las cuestiones burocráticas-administrativas casi no se observan inconvenientes, salvo la tramitación del documento nacional de identidad de las personas que acuden.

Descripción de la población que asiste a las CAAC

Cabe mencionar la información que relevan las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario en el marco de las diversas actividades que allí se brindan, tales como asesoramiento, atención y asistencia y actividades de promoción, abiertos a la comunidad. Dicha información, proveniente de lo recabado por el nuevo instrumento de seguimiento mensual para CAAC desde abril de 2020 y hasta la fecha, da lugar a describir a las personas atendidas en términos de edad, género y trayectorias en tratamientos de consumo problemático de sustancias. Los datos

indican que las personas acompañadas son en su mayoría varones (60,5%) y con mayor frecuencia personas de entre 19 y 29 años (44,7%). Cerca del 75% no hizo un tratamiento previo.

La mayoría de la población ocupada que asiste a las CAAC según las y los referentes consultados posee un trabajo no registrado o realizan actividades basadas en la economía popular. En muchos casos, los varones realizan actividades vinculadas al ámbito de la construcción y venta de comida. En el caso de las mujeres realizan tareas ligadas al servicio doméstico o al cuidado de las infancias.

Según los/as referentes, la edad de las personas que concurren a los espacios varía. En general, comienzan a trabajar con poblaciones que van desde los 11 a los 60 y más años. Hay instituciones que se orientan a las niñeces y las juventudes, pero, mayoritariamente, trabajan con poblaciones de entre 25 y 30 años. Aunque la mayoría de los ámbitos intenta cubrir la mayor cantidad de situaciones posibles, una gran parte de los/as entrevistados comentó que, en general, asiste una mayor cantidad de varones que de mujeres.

> Yo creo que en su mayoría sí, sí, en su mayoría son varones, sí tenemos bastantes pibas a comparación de otros espacios, pero creo que la característica más importante, o sea, la que más resalta en cuanto a eso, es que están en su mayoría en situación de calle, tanto mujeres como varones en situación de calle. En cuanto a esto, a nivel socioeconómico, tenemos en su mayoría población en situación de calle, mucha población, muchos jóvenes. Jóvenes entre 18 y 25 años. Tenemos también como dos grandes grupos: tenemos los jóvenes y tenemos los adultos en situación de calle que atraviesan problemáticas de consumo muy distintas, porque por ahí los adultos, digo, adultos mayores, estoy hablando de personas de 45 años para arriba, 50 años para arriba, porque sí, tenemos una población bastante variada (Referente CAAC).

Los/as referentes que pertenecen a instituciones que organizaron propuestas para mujeres y varones comentaron que requirieron pensar intervenciones respecto de los cuidados de las infancias o el acompañamiento de las mujeres con hijos y a las niñeces en general para favorecer la accesibilidad de las mujeres a los tratamientos en el dispositivo.

Este tipo de dispositivo de intervención aporta una respuesta socio-sanitaria basada en la integralidad. La adopción de esta perspectiva, le aporta a los/as concurrentes recursos no sólo ligados a lo inmediato sino otros elementos tendientes a reconstruir lazos sociales, culturales, sanitarios, laborales, escolares, familiares y personales. Estos elementos contribuyen al armado de redes de cooperación, formales e informales, con otras organizaciones de la sociedad civil. A partir del armado de estas redes se obtienen recursos tales como alimentación, trabajo, gestión de DNI, medicamentos, changas, espacios habitacionales para acceder a la vivienda temporal, entre otras cuestiones. Estas intervenciones, buscan armar soportes territoriales, comunitarios y afectivos con personas o instituciones. Según los/as entrevistados/as, en las instituciones que adoptan una perspectiva integral, el alejamiento de las personas del consumo problemático de sustancias se produce si, y sólo sí, se abordan las cuestiones estructurales. En general, cada

intervención cuenta con una lectura de la organización que establece las líneas de intervención prioritaria según el diagnóstico que realice en el territorio.

En general, según refirieron los/as entrevistados/as, en estos espacios se recibe a personas con y sin consumos problemáticos, con lo cual la población es heterogénea, en cuanto a sus necesidades, problemáticas y edades. Estos dispositivos pueden ser catalogados como de bajo umbral. Las instituciones organizan su cotidianidad y recursos en función de los/as asistentes.

> Entonces de los cuatrocientos siempre hay ahí, como se maneja como unos sesenta menú para personas que llegan en situación de calle, algunas llegan una vez y empiezan a llegar seguido. Ahí hacemos el vínculo y empiezan a asistir al dispositivo (Referente CAAC).

Las y los referentes de las CAAC ponen en valor las trayectorias de las personas que acuden a los espacios. En este sentido, enfatizan la vulnerabilidad que se experimenta en determinadas zonas del país y subrayan la intervención del espacio como la "adecuada".

Según los/as entrevistados/as, una cuestión importante a abordar desde las instituciones en las que ellos trabajan son los espacios de sociabilidad en todos los grupos etarios, pero fundamentalmente en las juventudes, allí es donde en general se abocan las tareas de prevención y promoción.

Vínculo de las CAAC con otras instituciones

Según las y los referentes, las personas llegan a los espacios luego de haber recorrido otras instituciones, tales como la escuela o algún espacio de salud, que no siempre pudieron responder a las demandas de la persona. Aquí es dónde los/as referentes ponen en valor el bajo umbral de los espacios y el fácil acceso a la atención.

Es importante destacar que las CAAC poseen vínculos con otras instituciones, como escuelas, clubes de barrio y el poder judicial. En este último caso es interesante detenerse porque en muchas ocasiones muchos jueces o abogados les solicitan a las instituciones que alojen o acompañen el proceso de alguna persona.

> Incluso hemos recibido personas que vienen derivadas de alguna institución penal, por ejemplo, con alguna pulsera o con alguna causa que tiene que terminar de cumplir, para hacer un tratamiento. (Referente CAAC)

En general, estos espacios facilitan la obtención de recursos como el DNI, programas sociales, materiales para la construcción de viviendas, acceso a la educación, a la salud y en muchas ocasiones al trabajo. Una parte importante de los referentes entrevistados resaltó que el acceso a los espacios de tratamiento mejoró desde que el Estado financia a las instituciones abocadas a los consumos problemáticos.

2.3. Residencial

La modalidad residencial es aquella que brinda atención las 24 horas del día y en la que la persona reside en la institución un tiempo determinado. Esta modalidad implica el aislamiento de la persona de su contexto durante un tiempo delimitado como parte de una estrategia clínica y, debido a que es un recurso restrictivo, debe ser considerado la última alternativa terapéutica.

En este apartado, se focalizará en aquellas modalidades residenciales y semi-residenciales abordando lo dicho por referentes de comunidades terapéuticas, casas comunitarias convivenciales y hospitales de día. Si bien estrictamente "se reside" en los primeros dos dispositivos, elegimos agrupar los tres tipos de dispositivos en este apartado porque entendemos, siguiendo a Candil (2020), que la modalidad residencial (o semi-residencial, como en el caso del hospital de día) implica que los/as usuarios/as abandonen –por un cierto periodo de tiempo– el espacio que transitaban con anterioridad al tratamiento. Se eligió entonces colocar a los hospitales de día en la modalidad residencial ya que, siguiendo a la autora, se entiende que, como vimos en el apartado anterior, en la modalidad ambulatorio-comunitaria el foco está puesto justamente en que las personas en tratamiento permanezcan en su lugar de residencia habitual, y buscando incorporar y hacer parte del tratamiento a la cotidianeidad de la vida las personas, sus vínculos y sus actividades (Candil, 2020).

2.3.1. Instituciones Conveniadas (IC)

Las IC son organizaciones no gubernamentales que ofrecen tratamientos por consumos problemáticos de sustancias, y que pueden presentar la modalidad de atención residencial (para aquellas personas que no pueden sostener tratamientos en forma ambulatoria) o semi-residencial. Son instituciones que cuentan con asistencia profesional y tienen convenio con la Sedronar para brindar tratamiento. Para su ingreso, las personas son evaluadas y derivadas por los equipos interdisciplinarios del Centro de Atención Inmediata o de los dispositivos ambulatorios-comunitarios de la red.

En el contexto de la gestión de una beca que la Sedronar otorga a personas que necesitan iniciar y/o sostener un tratamiento por consumo problemático de sustancias, las instituciones conveniadas relevan información sobre el género y la edad de estas personas, como también respecto de la modalidad de tratamiento otorgado. Atendiendo a los datos desde enero de 2017 hasta mayo de 2022, los mismos indican que en menor medida fueron las mujeres quienes solicitaron becas para iniciar o sostener un tratamiento (11,8%) y el 74,2% eran personas de entre 19 y 39 años. En cuanto a la modalidad de tratamiento otorgado, en todo el período fue más frecuente la internación en sus dos categorías (alrededor de un 68% de los tratamientos).
De lo dicho por los/as referentes una primera cuestión relevante que se desprende es la diferenciación de los espacios que gestionan, de lo que ellos/as entienden por "comunidades terapéuticas tradicionales". Esto resulta muy interesante ya que, en líneas generales, los/as referentes son psicólogos/as con experiencias previas de

trabajo en comunidades de este tipo y, luego –de acuerdo a diversos recorridos y vicisitudes personales– decidieron apostar a otro tipo de dispositivos y modos de abordaje de los consumos. En ese sentido, los/as referentes caracterizan el espacio que coordinan como "una casa", con "un encuadre algo diferente a las comunidades tradicionales" que, entre otras cuestiones, tiene que ver con criterios de admisión amplios y con abordajes que adhieren a los lineamientos de la LNSM.

Equipo de trabajo y funcionamiento cotidiano

Tal como caracterizaron los/as referentes, las IC cuentan con un equipo técnico, conformado por psicólogos/as, trabajadores/as sociales y operadores/as; un equipo médico compuesto por psiquiatra y en algunos casos médico/a clínico/a; y un "área social" o de formación, con oferta de talleres, actividades pero también con trabajo en función de la restitución de derechos de las personas. En algunos casos dicha área se caracteriza por la presencia de un plan FINES en la institución, o bien articulación con centros de formación profesional, o bien distintas propuestas recreativas, de formación bajo la modalidad de talleres, o de promoción y acceso a derechos. Asimismo, los/as referentes refirieron la presencia en el equipo de perfiles administrativos y de limpieza.

En todos los casos, los/as referentes remarcaron la importancia de las reuniones de equipo –en algunos casos con frecuencia semanal, en otros con frecuencia quincenal–, a fin de unificar criterios y se actualiza el estado de situación de cada persona, pensar en conjunto estrategias a seguir y delinear posibles cursos de acción. Asimismo, los/as referentes describieron distintos tipos de reuniones: en algunas con presencia de todo el equipo, otras de tipo "más operativo" entre psicólogos/as y operadores/as o entre referentes de las distintas áreas para toma de decisiones.

Según la modalidad que tenga la institución, los horarios pueden variar. De acuerdo con sus referentes, las instituciones semi-residenciales cuentan con horarios de mañana y de tarde y, en algunos casos, vespertino. En el caso de las instituciones residenciales el funcionamiento es las 24 horas del día. Una cuestión central que garantiza que sea viable un funcionamiento de este estilo, tiene que ver con el acondicionamiento de los espacios para la mayor comodidad posible de las personas. En las instituciones residenciales, suele haber varias habitaciones, cada una con su baño, con espacio para dos personas. Al mismo tiempo, los/as referentes destacaron la importancia de ofrecer espacios al aire libre, y espacios comunes acondicionados con televisión y juegos.

> La casa tiene 16 habitaciones, cada habitación un baño. En las habitaciones intentamos que compartan de a dos. La casa es muy grande, tiene mucho predio, mucho espacio al aire libre, eso nos facilitó en pandemia porque nosotros habilitamos las visitas, habilitamos todo lo que pudimos habilitar al aire libre, si llovía se suspendía todo. Hay huerta, cancha de futbol, cancha de vóley, verde hay por todos lados. Aparte hay un SUM, hay mucho espacio con tele, espacio para juegos, espacio para mesa de ping pong, o sea, tratamos... tienen que convivir 30 personas más el equipo (Referente IC).

En todos los casos el trabajo está organizado en turnos rotativos. Específicamente, en la modalidad residencial, los/as referentes identificaron estos turnos según especialidades y funciones: el equipo técnico con turnos diarios de 8 horas, el equipo médico con asistencia de una o dos veces por semana, y los/as talleristas de tres veces por semana.

En cuanto a la población que asiste, todos/as los/as referentes marcaron que, en general provienen derivados/as de Sedronar (generalmente CAI) y que asisten a poblaciones con un alto grado de vulnerabilidad: sin trabajo, con estudios incompletos, sin acceso al sistema de salud. En cuanto a los criterios de admisión, si bien todos/as los/as referentes marcaron que se trabaja sólo con adultos/as mayores, en algunos casos las instituciones tienen modalidad mixta, en otros, sólo admiten varones. En cualquier caso, el rango de edad de mayor asistencia es entre los 30 y los 45 años. Asimismo, refirieron que admiten personas que tengan cobertura de obra social y que no es criterio para iniciar el tratamiento dejar de consumir. Por todas estas pautas, los/as referentes refirieron tener criterios de admisión "laxos" y se identificaban con "instituciones permisivas" o "no punitivas", en línea con lo que se refirió más arriba respecto a algunas diferencias con otros tipos de dispositivos de modalidad residencial.

El trabajo por etapas

De lo narrado por los/as referentes se desprende una modalidad de tratamiento basada en etapas que, si bien no son rígidas o fijas, ayudan a ordenar el tránsito de la persona por la institución. Más allá de las etapas que sistematizamos a continuación, es importante resaltar que todos/as los/as referentes hicieron énfasis en la importancia del trabajo desde la singularidad de cada caso, estableciendo tiempos variables de cada etapa según cada persona, sus experiencias y sus redes.

Una vez que el equipo de trabajo se notifica de una situación específica, se coordina una primera visita. Todos/as los/as referentes hicieron énfasis en la intención específica de que esa primera visita no se dilate en el tiempo y que pueda ser concretada dentro de la misma semana que el equipo recibe el caso, sin que pase mucho tiempo, por ser esto perjudicial para el tratamiento. Luego del primer encuentro –con un/a operador/a en algunos casos, con un/a psicólogo/a en otros–, se realiza una entrevista de admisión –o bien con los/as psicólogos/as o bien con más miembros del equipo–, dependiendo la modalidad inicial. Allí, se conoce el perfil de la persona y, si se considera que la institución puede dar respuesta a sus demandas, la persona queda incluida dentro de la institución. Aquí también los/as referentes realizaron un fuerte énfasis en el encadenamiento y la no dilación de estos pasos.

> [La primera etapa] es empezar a tener una mínima adherencia, la participación en el espacio, el respeto de ciertas pautas, no somos una institución rígida, no somos una institución donde nos manejamos en un marco de rigidez, son muy pocas las cositas que se exigen. No se exige un corte con el consumo, (...) el éxito no está ahí, me parece que el éxito está en convocar, la primera etapa es el entramado del vínculo, es empezar a tener un vínculo con la persona,

> cuando se genera ese vínculo ya está, puedo dar terreno para trabajar, entonces es muy concretito lo que nosotros pedimos: 'che tenés que venir, tenés que estar, no queres hablar en un grupo, nadie está obligado a hablar'. Cada uno hace lo que quiere, pero si pedimos esto del respeto al espacio (...) De alguna manera es convocar a la persona a entender que hay otro camino, una vez que centramos el vínculo el tratamiento empieza a fluir. (...) Eso es la primera etapa, tiene que ver con esto, con brindar una oportunidad, empezar a entablar un lazo, un vínculo, eso es lo que cada uno de los profesionales trabaja en la primera etapa (Referente IC).

Estos primeros momentos forman parte de lo que todos/as los/as referentes identificaron como la **etapa de admisión o de adaptación.** Como queda de relieve en este relato, el objetivo aquí es que la persona inicie a participar en el espacio, se familiarice con algunas pautas y reglas de la institución, conozca a las diversas personas que la transitan y se comience a generar cierto vínculo con ellas. Asimismo, los/as referentes manifestaron que no se exige la abstinencia para el inicio del tratamiento, sino que el eje está puesto en lograr que la persona se sienta cómoda en el lugar y comience a entablar un lazo con las personas del equipo. Para ello, y de acuerdo a lo relatado por los/as referentes, la voluntad de la persona es un requisito fundamental para continuar con el proceso. En el caso concreto de las instituciones residenciales, los/as referentes hicieron énfasis también en el carácter de la internación como última alternativa terapéutica, es decir, que uno de los criterios básicos de admisión es que no haya otra institución que aloje a la persona.

> [El principal] criterio de internación es que no haya posibilidad de sostener otro tipo de tratamiento que no sea la internación. Es decir, que no haya ningún lazo con nada que lo aloje; ni la escuela, ni el trabajo, ni la familia, que pueda acompañar. Es decir, si algo de eso hay, tratamos de que primero funcione algo se eso y abrir más a partir de ahí que una internación. [Para internar] tiene que ser alguien que queda como a la deriva de algo, o sea, que se cayó todo lo que había y tenés que empezar a reconstruir; pero si hay posibilidades de probar otro tipo de tratamiento, no sé, hospital de día, hospital de noche, te digo, podes armar ocho millones de dispositivos que no involucre, que no impliquen la internación en sí misma. Intentamos eso, digamos, lo que pasa que sí es real que hay un montón de chicos que quedan por fuera todo, o sea que, intentaron otras cosas y se fueron cayendo, se fueron cayendo, hasta que vos decís bueno, es desde acá (Referente IC).

Una vez pasada esta primera etapa, los/as referentes refirieron una cantidad de etapas variable en función de la modalidad específica de la institución (residencial o semi-residencial) así como de algunos objetivos específicos que se plantean.

En caso de la modalidad semi-residencial, las etapas podrían agruparse en tres. La de **adaptación** (comentada más arriba), una segunda etapa donde se da inicio a las terapias individuales y grupales, se inician las primeras evaluaciones, las primeras reuniones con referentes afectivos, posibles interconsultas con otras especialidades, intervenciones para acceso/restitución de derechos. En esta etapa, se apunta a que la persona pueda comenzar a indagar sobre su consumo

y problematizarlo, a la vez que va forjando lazos con las distintas personas que asisten a la institución. En la última etapa, identificada por los/as referentes como la "puesta en marcha del proyecto de vida", se comienza a poner en juego lo que se vino trabajando en etapas anteriores, apuntando a una mayor autonomía de las personas y al armado de una nueva cotidianeidad.

En la modalidad residencial, los/as referentes refirieron una progresión de las etapas similar –adaptación, problematización y trabajo del problema de consumo y armado de proyecto de vida–, aunque en general mencionaron un mayor número de etapas que se relacionan con cuestiones más relacionadas a lo convivencial. En ese sentido, en las diversas etapas intermedias se van agregando horas y días de salida por fuera de la institución para visitar familiares o realizar actividades de recreación y esparcimiento.

> No, nosotros no tenemos etapas estructuradas por tiempos, sino por objetivos clínicos. A lo mejor, muchas veces, es la mayor dificultad que tenés, digamos, o sea, hay pacientes que avanzan mucho más rápido en las primeras etapas, porque la problemática está justamente en otro lado, y hay paciente donde tenés que buscarla mucho más en cuestiones de hábitos, en cuestiones de forma, en poner en palabras, en que aparezca el discurso y otras formas de expresión que no sean la violencia... y te llevan otro tiempo (...) Pero en general, en la primera etapa se cierra con la vuelta a la casa con un trabajador social, una segunda fase en donde hay salidas con las familias (...) Después pasan a lo que es la etapa de coordinador, que ya pueden poner límites él ante situaciones y resolverlas y poder ponerle límites al otro y empiezan a tener salidas a la casa más largas, y así se van alargando hasta 48hs en la quinta etapa (Referente IC).

Asimismo, los/as referentes refirieron que estas etapas también van incorporando progresivamente el uso del celular y de las redes sociales, así como de manejo de dinero. Tal como comentaban los/as referentes, estas cuestiones asociadas al contacto con "el afuera" de la institución apuntan a que la fase del encierro sea lo más breve posible y que rápidamente la persona pueda comenzar a restablecer sus vínculos. En la última etapa, al igual que en la modalidad semi-residencial, se comienza a pensar el "egreso" de la comunidad a través de la búsqueda de un lugar para vivir, un trabajo o alguna modalidad de sustento económico, ocupaciones, actividades.

Durante las distintas etapas, las personas asisten a diversas actividades. En todos los casos los/as referentes nombraron las actividades de terapia individual, terapia grupal, consulta psiquiátrica y grupos terapéuticos específicos. Referentes de la modalidad semi-residencial nombraron también una variada oferta de talleres de diversa índole: culturales –radio, música, psicodrama, musicoterapia- con temáticas específicas –grupos para familia, taller de perspectiva de género, taller de expresión- así como espacios de asambleas. Una propuesta interesante referida por una institución de modalidad semi-residencial es el armado de un centro cultural en proceso, que cuenta con una variedad de talleres y propuestas y que, en un futuro, se espera que sean las mismas personas que asisten a la institución

las que se puedan hacer cargo del centro cultural como apuesta terapéutica y de inclusión.

> Los días sábados, hace muy poquito arrancamos con un espacio que es una especie de centro cultural, estamos en una primera etapa donde se están formando a las personas que vienen, hay talleres de teatro, de música y de radio, la primera etapa está dirigido para las personas que nosotros asistimos, la segunda etapa es que estas personas puedan salir al encuentro de la sociedad, y quienes administran el centro cultural puedan ser ellas (Referente IC).

Una particularidad resaltada por los/as referentes de las instituciones residenciales es que, además de estas diversas etapas de tratamiento, corre "en paralelo" lo que algunos/as denominaron como la cuestión "conductual" que hace a los modos de convivencia dentro de la casa. En ese sentido, resaltaron que más allá de los espacios de terapias y actividades propias del tratamiento hay una dimensión complementaria muy importante que tiene que ver con el armado de una rutina de las personas residentes: cumplimiento de horarios, cuestiones de higiene personal, asistencia a actividades específicas.

Según los/as referentes, el tiempo estimado de tratamiento es de un año. En las instituciones semi-residenciales los/as referentes enfatizaron que durante ese año la estructura de trabajo va cambiando: en un principio suele darse de manera más intensiva, con una concurrencia diaria y a medida que pasa el tiempo, se van modificando días y horarios de acuerdo a las necesidades de la persona. Asimismo, si bien se contempla que sean 90 días por cada etapa, los/as referentes refirieron que en la práctica, hay mucha variabilidad de tiempos por etapas de acuerdo a la situación de cada persona. Algo importante más allá de la variabilidad es que el pasaje de fase se realiza a modo de ritual: desde la institución se invita a las personas a que soliciten este cambio de fase (más allá de la evaluación que hagan los/as profesionales). Allí, se organiza una reunión donde participa el/la terapeuta, el/la operador/a, el director/a, y se hace una autoevaluación donde se reflexiona respecto de las metas alcanzadas, lo que falta trabajar y los proyectos a futuro. En la modalidad residencial, es similar, pero el pasaje de etapa va implicando también un progresivo aumento del contacto con el afuera y de permanencia por fuera de la institución. En cualquier caso, todos/as los/as referentes reconocieron la singularidad en el avance de cada etapa así como los posibles retrocesos que pueden suceder y que hay que contemplar como parte del itinerario de cada persona.

Articulaciones y derivaciones

Los/as referentes entrevistados/as relataron una multiplicidad de articulaciones con diversos actores e iniciativas en función de la inserción comunitaria.

En primer lugar, destacan una amplia gama de articulaciones con diversos programas de distintos ministerios: con el Ministerio de Salud (Programa de Uso

Racional de Psicofármacos -PURPSI-), con Educación (FINES en vías de desarrollo), con Desarrollo Social (Programa Potenciar). En algunos casos, refirieron no tener buenas relaciones con gobiernos locales o con algunas instituciones de salud provinciales. En otros casos, donde las articulaciones con gobiernos locales son buenas, los/as referentes destacaron un aceitado trabajo tanto con el hospital local como con dispositivos provinciales como los Centros Provinciales de Atención (CPA). Asimismo, algunos/as referentes nombraron una fuerte articulación y trabajo conjunto con otros dispositivos de Sedronar.

Estas articulaciones se vuelven centrales sobre todo ante situaciones que los/as referentes consideran que ameritan una derivación. En todos los casos, los/as referentes comentaron que ante "patologías psiquiátricas severas" que aparezcan en la etapa de evaluación, optan por hacer una derivación ya que, según sus palabras, por el tipo de tratamiento que ofrecen, termina siendo nocivo para la persona.

Otra articulación importante que relataron los/as referentes tiene que ver con distintas actividades que se buscan realizar en función de una inserción territorial de la institución. En algunos casos, se relató el proyecto de elaboración de comida dentro del espacio y salidas para repartir en las inmediaciones de la estación de tren a personas en situación de calle. Se propicia así generar un momento para compartir la comida, acompañado con instrumentos musicales. En otros casos, se narró la participación en festividades locales y actividades de otras instituciones.

Algunas notas sobre el modo de trabajo en pandemia

Durante las entrevistas, surgieron algunos dichos por parte de los/as referentes respecto a cómo debieron adaptar el trabajo en la institución a raíz del evento Covid-19.

En el caso de las instituciones residenciales los/as referentes comentaron sobre protocolos específicos en los ingresos. Éstos se hacían cada 15 días y previo a ello la persona tenía que estar en aislamiento. Durante ese periodo de aislamiento se hacía acompañamiento telefónico de la persona que iba a ingresar: día por medio la llamaba un/a operador/a o un/a psicólogo/a de manera que, cuando la persona ingresaba, ya tenía cierto lazo con el espacio.

En el caso de instituciones semi-residenciales durante el ASPO, las actividades se realizaban virtualmente. Talleres, grupos terapéuticos y terapias individuales se realizaban de manera remota. Con el retorno a las actividades presenciales, se mantuvieron algunos vía Zoom en caso de un diagnóstico positivo de Covid.

2.3.2. Casa Convivencial Comunitaria (CCC)

Las Casas Convivenciales Comunitarias (CCC) son espacios de contención y abordaje comunitario con posibilidad de alojamiento, tendientes a la atención e inclusión social y/o habitacional. En general, son espacios que se fundan a partir de la solicitud de movimientos sociales, organizaciones políticas y/o de iglesias que

tienen una amplia trayectoria de trabajo. Están dirigidos a personas atravesadas por problemáticas de consumo en contextos de alta vulnerabilidad social que se encuentran realizando un tratamiento y que presentan serias dificultades de acceso a una vivienda u otras contingencias de tipo social. Se consideran estructuras intermedias entre los cuidados del sector salud y la comunidad general. Su objetivo principal es el logro de la máxima autonomía posible de la persona y el pleno ejercicio de sus derechos. Según refieren los/as entrevistados/as la característica central es que logran captar la problemática del consumo intensivo de sustancias en su conjunto.

> [Las CCC] tuvimos la capacidad de entender la problemática en conjunto, en contexto social, y la capacidad de ir revisando el método en función de los movimientos sociales que se van dando. Para mí, es una característica fuerte que tiene nuestro laburo. Y también que la política, de alguna manera, la política pública que desarrollamos en conjunto con las organizaciones sociales y en conjunto con Sedronar, está atada a la realidad concreta del sujeto que accede a nuestros dispositivos y, de alguna manera, yo creo que es una ventaja que nosotros hacemos partícipes a los compañeros, partícipes activos de ese proceso de transformación a los compañeros que, en algún momento, transitaron un proceso dentro de nuestras casas o vivieron la problemática de consumo muy de cerca, la transitaron en sus propias vidas (Referente CCC).

Equipo de trabajo y funcionamiento cotidiano

En estos espacios el proceso de tratamiento dura como máximo un año. Las CCC poseen equipos técnicos, terapia individual y grupal, coordinadores, talleristas que dictan cursos de oficios o recreación. La conformación de la estructura del equipo requiere que también adquiere relevancia la figura del personal de mantenimiento. Por la dinámica de la convivencia, según relatan los/as referentes, deben realizar reuniones de trabajo esporádicamente para realizar un seguimiento de la situación de las y los integrantes de la casa. Las mismas pueden ser mensuales o quincenales para debatir sobre la intervención que se realizará en el marco de la singularidad. En general, la tarea con la persona se desarrolla en el marco de equipos interdisciplinarios:

> Todos los meses tenemos una reunión con todas las distintas áreas, pero también tenemos una reunión de equipo, donde ahí, en el equipo, se pueden discutir la especificidad de cada rol y también se discuten las intervenciones que vamos haciendo con cada uno [...]. Hay marcos generales que nos ordenan, por ejemplo, nosotros creemos que el proceso, aproximadamente, dura un año, que eso nunca ocurre, los compañeros transitan un período de 10 meses, 11 meses, nueve meses; eso va muy acorde al desarrollo personal de cada compañero. Nosotros, lo que necesitamos son parámetros generales que nos ayuden a ordenar la grupalidad [...]. Después, el equipo tiene que tener la capacidad de ir analizando la intervención individual, más allá de los parámetros generales; para eso existen las distintas reuniones, para pensar el caso a caso, para pensar cómo interviene cada área con cada pibe que transita nuestros espacios. (Referente CCC)

A diferencia de las instituciones de internación, en estos espacios el umbral de ingreso es laxo y flexible, priorizando la necesidad de las personas y evitando, en la medida de las posibilidades, los procesos de espera para resguardar la integridad de las personas en los barrios:

En este tipo de instituciones se realiza una admisión con requerimientos mínimos. Se aloja a la persona, se planifican acciones concretas para trabajar y se organiza por etapas que varían según el requerimiento de la persona. La primera etapa es la de admisión que culmina con las primeras visitas de familiares o salidas. Mientras tanto se establecen redes de cercanía familiares e institucionales estatales o propias del movimiento u organización, con las que pueda contar la persona para su contención. Este proceso está emparentado con la necesidad de cada persona, de sus necesidades personales. En ese sentido, para el paso de una etapa a otra es esencial considerar la singularidad.

En la segunda etapa hay mayores responsabilidades, se pueden realizar trámites personales para obtener algún recurso o financiación. La tercera etapa, de finalización, consiste en revincular a las personas al mundo laboral, analizar la situación vincular. En definitiva, consiste en el rearmado de la red personal y social.

3. Comentarios finales

En el presente informe hemos caracterizado las distintas modalidades de intervención, atención y acompañamiento en los diversos centros que componen la red federal de la Sedronar. Asimismo, las experiencias de los/as referentes resultaron el insumo principal para presentar las estrategias de atención de estos centros y, a partir de allí, se pudo dar mayor profundidad a lo que arrojan los datos estadísticos respecto de la población que concurrió a solicitar atención entre 2019 y 2021.

En lo que respecta a las modalidades utilizadas, luego del trabajo de campo, quedó de relieve que dichas modalidades se articulan y fusionan en función de las realidades locales y que, lejos de presentarse como respuestas aisladas, se ajustan a la particularidad de cada territorio y población con la que se trabaja. Se identificaron cuatro modalidades: atención inmediata, ambulatoria, residencial y comunitaria. En general, éstas no se presentan de modo unívoco, sino que en la mayoría de las instituciones se trabaja de modo articulado con otras respuestas socio-sanitarias. Se observa entonces la diversidad que presenta la red federal de atención y acompañamiento de la Sedronar, así como la importancia de trabajar con las y los referentes para fortalecer los esquemas de intervención y acompañamiento.

En lo que respecta a los CAI, luego del trabajo de campo, quedó de manifiesto que funcionan como el punto de partida de la red, porque canalizan demandas de personas que solicitan ayuda, realizan la primera escucha, resuelven los problemas de accesibilidad y recomiendan a las personas intervenciones posibles dentro de una estructura territorial de cercanía. Esto no fue dicho solamente por los/as referentes de los CAI sino que también fue mencionado por referentes de otras instituciones, que destacaron fluidas articulaciones con el CAI. Se destaca entonces una gran fortaleza del CAI como puerta de entrada para iniciar un tratamiento, garantizando una derivación pertinente y rápida debido a sus aceitados vínculos con la red de Sedronar así como con otros efectores de salud. Para futuras investigaciones sería interesante realizar un trabajo pormenorizado que sistematice las redes de articulación y analice los modos en que son llevadas a cabo. A diferencia de otros espacios de la red, una particularidad de los CAI es que asisten a poblaciones de diversas clases sociales y de distintas edades. En cuanto al género, se destacó mayormente la atención a varones de entre 19 y 39 años de edad, algo que se da mayormente en todos los centros. Sin embargo, aparece como un emergente sumamente interesante el hecho de que, en la línea 141 (a la que también referimos dentro de la modalidad inmediata junto con el CAI) la mayoría de las consultas provienen de mujeres, en general consultando por asistencia para varones que están dentro de sus redes de cuidado (maridos, hijos, etc.). Por lo que resultaría pertinente indagar sobre el rol de las mujeres en las redes de cuidado de las personas usuarias y su papel en el acceso a tratamientos y espacios de atención.

Dentro de la modalidad comunitario-ambulatoria agrupamos tanto a los Dispositivos Territoriales Comunitarios como a las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario. En los DTC, se evidencia un trabajo profesionalizado y sistemático. En los mismos se organizan ejes que se transforman en pasos para la restitución de derechos. Según narraron los/as referentes, los derechos que presentan mayor

vulneración fueron trabajo, educación, salud en general y mental en particular. Dado que los dispositivos no tienen como misión central resolver cuestiones de vivienda, este derecho vulnerado está siempre como trasfondo de cualquier situación. En general, en estos espacios se ofrecen intervenciones que se orientan a la asistencia, pero principalmente al acompañamiento para la revinculación comunitaria desde una perspectiva integral y respetuosa de los derechos humanos.

Los DTC tienen un esquema de trabajo en el cual se prioriza la vinculación de la persona con la red barrial-territorial. En estos espacios funcionan dentro de un barrio determinado y contribuyen a la realización de tareas de prevención, promoción y asistencia. En general, el trabajo se realiza con poblaciones vulnerables, adolescentes y jóvenes. Si bien puede concurrir cualquier persona, las y los referentes dejaron en claro que, aunque intentan recibir situaciones variadas, no siempre pueden satisfacer las demandas institucionales que llegan. En algunas ocasiones, se trabaja con niñeces, fundamentalmente en tareas relacionadas a la prevención y promoción a través de talleres o actividades lúdicas. Según comentaron los/as referentes entrevistados, la mayor cantidad de tareas realizadas se orientan a que la persona que frecuenta el dispositivo pueda acceder al cumplimiento efectivo de sus derechos y, en este sentido, los esfuerzos se orientan a la inclusión educativa y laboral. Por todo lo expuesto, se aprecia que en estos espacios la atención por consumos es una tarea importante y que se realiza de manera eficiente, pero que debido a la fuerte inserción territorial de estos espacios y el compromiso de sus trabajadores/as con las poblaciones que asisten, la tarea excede por mucho el abordaje de los consumos y se abarcan una multiplicidad de cuestiones relacionadas con el acceso integral a derechos.

Por su parte, las CAAC tienen un funcionamiento muy similar a los DTC y comparte con ellos la integralidad en sus abordajes. La diferencia radica en que dependen, mayoritariamente, de organizaciones sociales o eclesiales. En general, se encuentran en un proceso de profesionalización creciente dada su trayectoria. En las CAAC existe una multiplicidad de abordajes que varía según la trayectoria de la institución a la que pertenece. Según la estructura de trabajo cuentan con equipos profesionales pero, en general, el espacio se sostiene gracias al trabajo con personas que anteriormente han transitado situaciones de consumos problemáticos y hoy asisten a las personas que acuden al espacio y realizan un acompañamiento personalizado.

Dentro de la modalidad residencial, se agruparon tanto las Instituciones Conveniadas (IC) como las Casas Convivenciales Terapéuticas (CCC). Más allá de sus particularidades, estas instituciones se presentan como una alternativa a las instituciones de internación tradicional, en tanto se destacó la internación como un recurso de última instancia y la importancia de que la persona pueda restablecer a la brevedad las conexiones con sus vínculos afectivos y lugar de residencia. En ese sentido, según las y los referentes, es muy importante impulsar trabajos de concientización y trabajo colaborativo con espacios tales como centros de salud, hospitales, escuelas y otras organizaciones que reciban a las personas luego del proceso de internación, para impulsar una transformación cultural que aloje, y no expulse, a quienes hicieron el esfuerzo de interrumpir su trayectoria vital para alejarse de consumo intensivo de drogas.

Las CCC plantean un trabajo integral y comunitario en el cual la internación se presenta como el fin de un proceso y no como el inicio. En general, quienes acuden a estos espacios, han circulado por otros lugares en los cuales tuvieron algún tipo de aprendizaje, pero que se mostró insuficiente para que la persona pueda retomar su vida cotidiana. Dado que se presentan como estructuras intermedias entre el sector salud y el desarrollo social, se ofrecen cuidados a partir de la posibilidad de decidir que tienen las personas, sobre su salud y sobre su vida.

Según lo que se ha observado en el transcurso de la investigación, la existencia de la red federal propicia la diversidad de abordajes y contribuye a la intervención temprana. La referencia al "bajo umbral" que se destacó en los dispositivos ambulatorios y comunitarios es una muestra de esta posibilidad de intervención temprana en función de la ausencia de barreras de acceso que favorecen la posibilidad de tratamiento a poblaciones que, en general, no llegan a otros espacios de salud. En otros casos, aquellas instituciones que sus referentes no caracterizaron como de bajo umbral, aparecen igualmente otras cuestiones que facilitan la accesibilidad a un tratamiento en función de las múltiples articulaciones para derivaciones, la posibilidad de una evaluación inmediata o la ausencia de requisitos para iniciar el tratamiento. Asimismo, una cuestión que aúna a todas las instituciones analizadas es el abordaje desde la singularidad. Si bien esto se da de maneras diversas según cada institución y su modo de trabajo, en todos los casos los/as referentes nombraron y jerarquizaron la importancia de realizar abordajes que contemplen las diversas trayectorias, experiencias e itinerarios de los/as usuarios/as.

Actualmente, desde la Sedronar se financian e impulsan espacios de tratamiento para los sectores vulnerables de la población. En estos sectores, los tratamientos de la Sedronar aparecen como la única opción posible de tratamiento para la mayor parte de la población que consume sustancias en el territorio. Sin embargo, en vistas a lo dicho por los/as referentes, queda de relieve que son mayormente varones quienes acceden al tratamiento, por lo que sería importante indagar sobre las barreras que pueden estar obstaculizando el acceso a tratamientos de las mujeres y otras orientaciones sexuales. Además de atender a las barreras que encuentran las personas con niños/as a cargo para concurrir a los espacios. Indagar sobre los modos de tratamiento que efectivamente se ofrece a las mujeres, especialmente quienes son madres, puede ser una interesante línea de indagación para saber cómo optimizar el acceso a tratamiento, atención y cuidado.

4. Referencias bibliográficas

Candil, A.L. (2020) Revisar Andares. Espacio Editorial.

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 2010, Argentina. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

Ley 26.934, Plan IACOP. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. 2014, Argentina. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm

OAD (2021) Modificaciones de las prácticas de consumo de sustancias en población general. Informe general de resultados

OAD (2022) Resumen ejecutivo del estudio sobre percepciones de los actores participantes en el programa Potenciar Acompañamiento

OAD (2022) Sistema Nacional de Información sobre Consumos de sustancias. Sedronar

Resolución 324/2020. Programa Nacional de Acompañamiento Territorial en materia de drogas.Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación. 18 de noviembre de 2020. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-324-2020-344327

Sedronar (2019). Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: una experiencia de política pública. Recuperado de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019._modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf

Sedronar
Secretaría de Políticas Integrales
sobre Drogas de la Nación Argentina

Jefatura de
Gabinete de Ministros
Argentina