

Fortalezas y desafíos en el abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas en Argentina. Una aproximación al análisis de dispositivos estatales (2016-2019)

Strengths and challenges in the territorial approach of problematic drug abuse in Argentina. An approximation to the analysis of public regulations (2016-2019)

Silvana Garbi

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina
silvana.garbi33@gmail.com

Ana Laura Azparren

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Universidad de Buenos Aires
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina
analaurazparren@gmail.com

Recibido: 10/11/2021

Aceptado: 03/03/2022

Formato de citación:

Garbi, S., Azparren, A.L. (2022). "Fortalezas y desafíos en el abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas en Argentina. Una aproximación al análisis de dispositivos estatales (2016-2019)". *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 95, 52-69, <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/azparren.pdf>

Resumen

En Argentina, desde inicios del nuevo milenio se han desarrollado tanto desde el Estado como desde la sociedad civil respuestas comunitarias a los consumos problemáticos de drogas que hacen foco en las características de los territorios donde estos tienen lugar, desplegando lo que puede ser definido como un abordaje territorial de los consumos de drogas. En virtud de ello, en este artículo nos proponemos describir y analizar las fortalezas y desafíos del abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas desarrollado desde dispositivos estatales, específicamente aquellos pertenecientes a la Secretaría de Políticas Integrales de Drogas (SEDRONAR) en Argentina. La estrategia metodológica es cualitativa y se basa en el análisis de diez entrevistas semi-

estructuradas a informantes clave realizadas entre 2017 y 2019 y de observaciones participantes en distintos dispositivos del país.

Palabras clave

Participación comunitaria, abuso de drogas, vulnerabilidad social, abordaje territorial.

Abstract

In Argentina, since the beginning of the new millennium, community responses to drug abuse have been developed from both the State and civil society, focusing on the characteristics of the territories where they take place, which can be defined as a territorial approach to drug abuse. In this article we describe and analyze the strengths and challenges of this territorial approach to drug abuse developed by state agencies, specifically those belonging to the Secretaría de Políticas Integrales de Drogas (SEDRONAR) in Argentina. The methodological strategy is qualitative, and is based on the analysis of ten semi-structured interviews with key informants carried out between 2017 and 2019 and of participant observations in different devices in the country.

Keywords

Community participation, drug abuse, social vulnerability, territorial approach.

1. Introducción

En el transcurso de los últimos años comenzó a visibilizarse la necesidad de repensar los abordajes vinculados a los consumos de drogas. Los cambios en las prácticas y modalidades de consumo, sumado a las limitaciones de los abordajes hegemónicos, posibilitaron la emergencia de una serie de dispositivos que entendieron la importancia de un abordaje *situado*. Esto implicó también un cambio de perspectiva sobre la intervención en casos de consumos problemáticos: el foco no podía ser puesto solo en la relación que las personas tenían con las sustancias, sino también situar esa relación en un escenario mucho más complejo que habilitaba, en muchos casos, a múltiples vulneraciones de derechos. El abordaje entonces suponía entender que el consumo de drogas implica una complejidad y una multiplicidad de aspectos que demanda la utilización de enfoques cada vez más inclusivos y que den cuenta de los múltiples escenarios en los que esos consumos se llevan a cabo: considerar, por ejemplo, en qué contextos particulares se enmarcan determinados consumos, cuáles son sus singulares significaciones, y qué sujetos consumen qué sustancias, cómo las consumen, dónde y por qué lo hacen. Pero también entender que es preciso no solo apuntar en lo específico de los consumos, sino además en aquellas otras dimensiones que hacen a la salud de las poblaciones, aspirando así a un *abordaje integral*.

A partir de los aportes de la Medicina Social y la Salud Colectiva, la región latinoamericana se ha destacado por desarrollar respuestas comunitarias a distintas problemáticas de salud, entre las que se encuentran los consumos problemáticos de drogas. En Argentina, desde inicios del nuevo milenio se han desarrollado tanto desde el Estado como desde la sociedad civil respuestas comunitarias a los consumos problemáticos de drogas, que hacen foco en las características de los territorios donde éstos tienen lugar, desplegando lo que puede ser definido como un *abordaje territorial* de los consumos de drogas. En virtud de ello, en este artículo nos proponemos describir y analizar el abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas desarrollado desde dispositivos estatales. La hipótesis que guía el artículo es que, a diferencia de las experiencias desarrolladas por organizaciones comunitarias, el abordaje territorial

desplegado desde dispositivos de gestión estatal encuentra algunos límites (burocráticos, de conocimiento del territorio) pero también algunas fortalezas (la mayor amplitud de escala, el financiamiento, etc.).

En otros artículos hemos mencionado cómo determinadas *encerronas* que atraviesan ciertas poblaciones en sus vidas cotidianas han generado la necesidad de reforzar los abordajes preventivos y asistenciales “en los mismos barrios” (Garbi, 2020). Entre ellas se mencionan las barreras (comunicacionales, culturales, económicas, discursivas, entre otras) a los servicios de salud, las dificultades con las que se encuentran los jóvenes en la “vuelta al barrio” luego de largas trayectorias institucionales, las diversas vulneraciones de derechos que padecen estas poblaciones en sus contextos, la saturación y limitación de las respuestas “tradicionales” a los problemas vinculados a los consumos problemáticos, y el impulso dado por la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657 de 2010) y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley N° 26.934 de 2014). Asimismo, hemos analizado los límites y potencialidades de abordajes territoriales realizados por organizaciones de la sociedad civil, particularmente aquellas que trabajan en barrios vulnerabilizados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Azparren, 2017).

Respecto a la modalidad del abordaje comunitario en Argentina, existen un cúmulo de artículos que indagan desde una perspectiva teórica el modelo, al mismo tiempo que sistematizan distintas experiencias tanto desde el Estado como desde organizaciones comunitarias.

Uno de los desarrollos troncales en referencia al modelo comunitario es el de Ana Clara Camarotti y Ana Lía Kornblit (2015), en el cual las autoras presentan los lineamientos de lo que denominan el *modelo integral comunitario del abordaje del consumo problemático de drogas* que oponen al denominado *modelo moralista normativo*. Las diferencias entre ambos modelos se centran en las concepciones de salud, los objetivos de las actividades propuestas, las concepciones sobre los sujetos y los marcos operativos en los que se basan cada uno de ellos. El modelo comunitario que describen tiene como objetivo último lograr un sistema de respuestas comunitarias para debilitar al sistema que genera el consumo problemático de drogas. Asimismo el artículo de María Bordoni (2017) analiza la perspectiva del abordaje integral enfatizando en las concepciones subyacentes en el marco normativo vigente a nivel nacional de los consumos problemáticos. Finalmente en Garbi (2021) se destacan los ejes del modelo de abordaje integral territorial y sus principales aspectos vinculados a la atención de los consumos desde una perspectiva comunitaria.

Respecto a los abordajes territoriales llevados a cabo por organizaciones comunitarias, el trabajo de Ana Lía Kornblit *et al.* (2015) define las principales características de lo que denominan *Modelo de Abordaje Socio Comunitario del consumo de drogas* y se presenta como una herramienta de sistematización de experiencias destinada a organizaciones comunitarias.

Sobre dispositivos territoriales estatales en Argentina, un antecedente bibliográfico es el documento que las autoras de este artículo escribieron en coautoría con otros/as autores/as, sistematizando la experiencia de los dispositivos de abordaje territorial llevados a cabo por la Dirección de Abordaje Estratégico de la SEDRONAR (SEDRONAR, 2019). Asimismo el artículo de Florencia Corbelle (2021) se constituye en un valioso aporte a partir de su análisis de dos dispositivos de abordaje territorial como política pública.

El presente trabajo pretende ser una contribución más en esta temática. En este sentido, comenzaremos realizando un recorrido por los antecedentes de la perspectiva comunitaria en salud mental y los aportes de diferentes perspectivas y paradigmas de

abordaje en salud vinculados a la medicina social y la salud colectiva. Continuamos describiendo las diversas respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos de drogas realizadas en Argentina haciendo mención también al marco normativo que habilita cada abordaje, para luego sí, enfatizar en la emergencia de los abordajes territoriales de los consumos como política pública. Se problematizan allí las definiciones de *territorio* y *abordaje comunitario* y se describen los dispositivos estatales de abordaje territorial mencionando las características, modalidades de atención y objetivos. Finalmente describimos y analizamos las fortalezas y desafíos del abordaje territorial realizado desde estos dispositivos.

La estrategia metodológica utilizada es cualitativa. Se llevaron a cabo diez entrevistas semi-estructuradas a referentes de dispositivos estatales de abordaje de los consumos de drogas y de funcionarios/as públicos vinculados a la temática. Asimismo se utilizó la técnica de observación participante en distintos dispositivos del país (en las localidades de Morón, Pilar, San Isidro y Mar del Plata de la provincia de Buenos Aires y en la localidad de Alto Comedero, provincia de Jujuy).

2. Antecedentes de la perspectiva comunitaria en salud mental

Situar el origen de los abordajes comunitarios implica hacer referencia a diversas experiencias que fueron gestándose en el campo de la salud mental –principalmente a partir del pasaje de la institución asilar y el tratamiento de la locura hacia los primeros movimientos de la antipsiquiatría– como así también a los aportes de diferentes perspectivas y paradigmas de abordaje en salud vinculados a la medicina social y la salud colectiva latinoamericana.

Respecto a los abordajes en salud mental en general, podemos mencionar que ya hacia fines de la década de 1960 las instituciones de tipo asilar e incluso la psiquiatría fueron cuestionadas como un engranaje dentro del conjunto más amplio de mecanismos de control y de represión social vinculadas al tratamiento de la salud mental. Distintos trabajos han mostrado que las ideas de la antipsiquiatría ocuparon un lugar apreciable dentro del bagaje teórico de los protagonistas de la salud mental en la década de 1970, principalmente en países como Italia, Gran Bretaña, Francia y Estados Unidos (Carpintero y Vainer, 2005; Plotkin, 2003).

Si hacemos referencia a América Latina, podemos afirmar que en la segunda mitad del siglo XX esta región constituyó un territorio “mucho más fértil que Europa en ideas, desarrollos, propuestas y acciones que implican una mirada holística y sistémica del proceso de salud” (Saforcada, 2015). En efecto, en la década de 1970 surgió en este continente la *medicina social*¹, una corriente de pensamiento que busca poner en consideración la importancia de los determinantes sociales de la salud, así como el rol protagónico del Estado y de la comunidad en la atención de la salud (Iriart y otros, 2002). Esta corriente surgió en contraposición con la salud pública, a la que criticaba por “su proyección elitista e idealista y su énfasis tecnicista y estatalista, así como su vocación conservadora” (Granda, 2004). En Brasil, esta corriente tomó el nombre de *salud colectiva* y propuso que el acento de la intervención debía pasar de la cuestión de la *salud-enfermedad* hacia la *práctica de la salud* (Granda, 2004).²

A diferencia de la salud pública, que construye la población a partir de la suma de características de los individuos, la medicina social/salud colectiva considera la

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

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

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

En el campo de la salud mental se han producido transformaciones y reformas similares a las propugnadas por la medicina social/salud colectiva, en muchos casos influenciadas por ésta. Desde finales de la década de 1960, comenzaron a desarrollarse en América Latina un conjunto de experiencias y reformas en el campo de la salud mental, que propiciaban formas de atención ambulatorias y comunitarias, como alternativa al modelo asilar-manicomial (Saforcada, 2015).

A principios del siglo XXI y, como consecuencia del trabajo con profesionales de la salud de sectores populares, principalmente del campo de la psicología, surgió el concepto de *salud comunitaria* (Saforcada, 2010). Esta perspectiva se define por la preponderancia que adquiere la comunidad como actor que participa de manera activa y protagónica de las decisiones sobre su salud, mientras que el equipo multidisciplinario es visto como un colaborador participante. Esta perspectiva de salud comunitaria es retomada por el Modelo ECO2³ para la intervención en situaciones de sufrimiento social en general, y de usos problemáticos de drogas en particular, en distintos países de América Latina. Este modelo surgió como resultado de un proyecto de investigación-acción realizado entre los años 1995 a 1998 por cuatro organizaciones de la sociedad civil en México. El objetivo de la investigación fue desarrollar un modelo de prevención, reducción del daño, tratamiento y reinserción social en relación con las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas y contó con la asesoría de expertos internacionales y con financiamiento de la Unión Europea (1995-1996), del gobierno alemán y de Cáritas Alemania (1996-1998). Como analizaremos más adelante, el modelo ECO2 será retomado por la Secretaría de Políticas Integrales de Drogas de Argentina (SEDRONAR) para el desarrollo de un abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas.

En sintonía con el contexto regional, entre 1960 y 1970 también en Argentina distintas disciplinas, como la psicología, el trabajo social, la antropología y la medicina, comenzaron a incorporar en sus prácticas y en sus desarrollos científicos y académicos los determinantes sociales de la salud y la perspectiva comunitaria. Sin embargo, como analizaremos a continuación, esta perspectiva comunitaria será retomada para el abordaje de los consumos problemáticos de drogas recién a principios del siglo XXI.

3. Respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos de drogas en Argentina

Las primeras respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos de drogas en Argentina se desarrollaron en las décadas de 1960 y 1970, impulsadas principalmente por organizaciones de la sociedad civil. La mayoría de estas respuestas se encuadró en la matriz prohibicionista-abstencionista (Corda, Galante y Rossi, 2014), que considera a los consumidores de drogas en el doble rol de *delincuentes-enfermos*.

³ La denominación ECO2 se construyó como un juego de palabras a partir de algunos de sus elementos esenciales: epistemología de la complejidad (ECO) ética y comunitaria (ECO). La epistemología de la complejidad hace referencia a la necesidad de enlazar los aportes de diversas ciencias, como la antropología, la sociología, la psicología, que son necesarios para entender la realidad humana y los fenómenos de sufrimiento social. En tanto, la denominación ética y comunitaria alude al tipo de intervención basada en la promoción de los derechos humanos, en la exigencia de limitar y contrarrestar los fenómenos de exclusión y sufrimiento social y, al mismo tiempo, en la reflexión, por parte de quienes intervienen, de sus propias motivaciones, limitaciones, errores, además de la necesidad de evaluación y supervisión constantes (Pereyra Robledo, 2015).

A nivel nacional, en el año 1985 se creó la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (Conconad), que fue reemplazada en 1989 por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), bajo la órbita de la Presidencia de la Nación. Como señalan Ana Clara Camarotti y Martin Güelman (2017), la creación de la SEDRONAR supuso la unificación en una sola institución de las funciones destinadas tanto a la reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento y capacitación) como al control de la oferta (combate al narcotráfico y al lavado de dinero y registro de precursores químicos).⁴

En 1992 la SEDRONAR creó el Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales, que otorgaba un subsidio a personas sin cobertura de obra social⁵, para que efectuaran un tratamiento en organizaciones no gubernamentales (Garbi, 2016). En virtud de ello, durante la década de 1990 aumentó considerablemente el número de instituciones de la sociedad civil dedicadas al abordaje de los consumos de drogas. En la mayoría de los casos, estos dispositivos trabajan desde el paradigma abstencionista, que exige la supresión del uso de drogas como condición de inicio para cualquier tratamiento. El abstencionismo fue prácticamente el único modelo de intervención sociosanitaria en Argentina hasta fines del siglo XX, cuando surgieron algunas experiencias basadas en el modelo de reducción de daños⁶.

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

Comienza de este modo un interés por lo comunitario y lo territorial que remite al menos a dos variables: las fallas e ineficacia de las respuestas tradicionales en el campo de la atención de los consumos problemáticos de drogas, y la posición del Estado que implementa políticas sociales que sostienen en sus principios orientadores la “intervención en los territorios” (Goltzman, 2015). La ineficacia en las respuestas tradicionales se debe principalmente por pensar que los consumos de drogas deben tratarse aislando el contexto, es decir, basándose en el supuesto de que la relación problemática la constituye el sujeto con la/s sustancia/s. También, por supuesto, pueden incluirse otras variables como las infinitas barreras de accesibilidad en los dispositivos tradicionales. Estos obstáculos, barreras y problematizaciones fueron canalizados por las políticas sociales –con la intención manifiesta de “resolverlos”, pero dando lugar también a la sospecha de otros objetivos implícitos vinculados a la biopolítica⁷– a través

⁴ En ese mismo año (1989), se sancionó la Ley nacional N° 23.737, vigente hasta la fecha, que establece la penalización de la tenencia de drogas para consumo personal, y brinda la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento compulsivo por derivación judicial como alternativa a la condena penal (artículos 14 y 16).

⁵ El sistema de salud argentino está integrado por tres subsectores: público, de seguro social obligatorio (obras sociales) y privado (medicina prepaga).

⁶ El modelo de reducción de daños parte de reconocer la imposibilidad de evitar el uso de drogas y el derecho del sujeto a continuar con dicha práctica. Busca minimizar el daño que este consumo produce en la persona y/o en otros, por lo que promueve la adopción de prácticas de consumo seguras y la sustitución de determinadas sustancias por otras menos nocivas para la salud (Romaní, 2008; Menéndez, 2012).

⁷ Con *biopolítica* Michel Foucault (2009) refiere a una tecnología cuyo objeto es la población como problema biológico y como problema de poder. Es decir, la biopolítica trata fenómenos colectivos, que individualmente son aleatorios pero que a nivel de las masas presentan constantes que son posibles de establecer. Se trata, entonces, de actuar regulando los procesos biológicos del hombre-especie: aparecen

de la implementación de dispositivos territoriales para abordar las problemáticas más acuciantes en barrios vulnerabilizados (violencias, consumos problemáticos, acceso a la justicia, entre otros).

En relación al consumo de drogas, en efecto, desde inicios del siglo XXI se aprobaron un conjunto de leyes y programas que dan cuenta de este cambio de enfoque. En primer lugar, en el año 2010 se sancionó la Ley N° 26.657 de Salud Mental, que incluye a las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental, y prioriza los abordajes ambulatorios respecto de los tratamientos de internación. En consonancia con dicha ley, en 2014 se aprobó el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, que prioriza los tratamientos ambulatorios y considera la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo.

A nivel de la SEDRONAR, mediante el Decreto N° 48/2014 se modificaron sus funciones, quitando de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico (que pasaron a depender del Ministerio de Seguridad de la Nación) y focalizando sus actividades en las tareas de prevención, capacitación y asistencia de las adicciones. En línea con ello, en 2015 la SEDRONAR pasó a llamarse Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, dando cuenta de su trabajo enfocado en la reducción de la demanda de drogas y no en la lucha contra su oferta.

Este cambio en las formas de definir los consumos problemáticos de drogas se vio reflejado también en las propuestas de abordaje desarrolladas por la SEDRONAR. Como analizamos, hasta la década de 2010 esta Secretaría se había limitado a otorgar becas individuales para que las personas pudieran realizar tratamientos para sus consumos de drogas en instituciones de la sociedad civil, principalmente en comunidades terapéuticas. Sin embargo, desde 2014, la SEDRONAR desarrolló dispositivos propios de abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas: los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA) y las Casas Educativas Terapéuticas (CET). Por otro lado, también desde 2014, esta Secretaría comenzó a reconocer y financiar distintas experiencias de tratamiento comunitario surgidas desde organizaciones de la sociedad civil, bajo la figura de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC).

A continuación, describiremos las principales características de los dispositivos de abordaje territorial desarrollados por la SEDRONAR, que en 2016, tras un cambio de gestión a nivel nacional, pasaron a llamarse Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC) y Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT).⁸

4. Abordaje territorial de los consumos de drogas desde la política pública

Para definir qué se entiende por abordaje territorial, resulta importante primero describir qué se entiende por territorio. El mismo puede ser definido como una *arena de disputa*, un interjuego de relaciones y vínculos, un espacio-tiempo definido por coordenadas simbólicas que portan representaciones sociales particulares sobre los sujetos, sus lazos y las problemáticas vividas, entre otras, que dan lugar a diversas comunidades. En este sentido, las comunidades no son entendidas en un sentido armónico, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado por la diversidad, el conflicto, las tensiones y la solidaridad (Camarotti y Kornblit, 2015).

así la demografía, la higiene pública, la seguridad social, entre otras. En este sentido, podría pensarse que los dispositivos territoriales podrían generar, con o sin intencionalidad explícita, ciertos mecanismos de control y regulación a nivel de la población/comunidad sobre la cual intervienen.

⁸ En diciembre de 2019, tras un nuevo cambio de gestión a nivel nacional, estos dispositivos adquirieron otras denominaciones y características. En este trabajo describimos las características que adoptaron en el período bajo estudio (2016-2019).

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

Si tuviéramos que definir qué caracteriza particularmente al abordaje territorial tal vez sea lo que Alfredo Carballeda (2015) define como un *pensar situado*, donde las coordenadas que marcan su cartografía son socioculturales y espaciales. Así, entonces, el territorio es el nexo entre lo macro social y lo micro. Tal como lo define el autor:

“Si bien la intervención se singulariza en espacios micro sociales, instituciones, familias, barrios, ese lugar de lo micro está atravesado por lo macro y mediatizado por lo territorial, que en caso de estas prácticas podría ser mencionado como lo «meso social». También dentro del relato territorial, se construyen las pujas y relaciones de poder” (Carballeda, 2015).

En este sentido, un abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas puede ser definido como aquel que tiene en cuenta para su propuesta las características del territorio en el que estos consumos tienen lugar, es decir, el conjunto de actores, redes y relaciones que animan ese espacio geográfico (Milanese, 2013), como así también los sentidos dados a las sustancias y a los consumos en un contexto determinado, las representaciones acerca de esa práctica y de quienes consumen. Para ello, todo abordaje territorial requiere tiempo y permanencia, establecer alianzas basadas en la confianza y de una red de actores del propio territorio que facilite la intervención *en* la comunidad pero también *con* la comunidad.

El abordaje territorial realizado por la SEDRONAR se basa en un conjunto de principios rectores que guían la intervención en territorio: la universalidad de los derechos, la integralidad, la reducción de vulnerabilidades, el trabajo en red, la intersectorialidad, la accesibilidad, el bajo umbral, la participación social y comunitaria, la perspectiva de género y el enfoque intercultural (SEDRONAR, 2019).

Entre 2016 y 2019, la SEDRONAR realizó un abordaje territorial de los consumos problemáticos de drogas desde dos tipos de dispositivos específicos: los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT) y los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC).

Los DIAT son definidos como:

“(…) centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio, para personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad social atravesadas por el consumo problemático de sustancias psicoactivas” (SEDRONAR, 2019: 92).

Los DIAT buscaron ser espacios accesibles para las personas en situación de consumo problemático de drogas, y se propusieron como objetivo reducir las múltiples vulnerabilidades que atraviesan la vida de los sujetos (educativas, laborales, habitacionales, relacionales, de salud, etcétera). Para ello, buscaron desarrollar estrategias de prevención y abordaje del consumo problemático a partir de la

conformación de redes que involucren distintas instituciones públicas, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y referentes de la comunidad local.

A fines de 2019, existían a nivel nacional 61 DIAT localizados en 19 de las 23 provincias del país. Del total de DIAT, 27 contaban con un edificio propio y los 34 restantes funcionaban en espacios comunitarios, tanto de la sociedad civil como de los gobiernos locales. En efecto, si bien los lineamientos generales de la política pública son desarrollados por la SEDRONAR, todos los DIAT se realizaron en co-gestión con algún actor local, ya sean gobiernos provinciales o municipales u organizaciones de la sociedad civil. Esta articulación generó, por un lado, que los lineamientos generales se adapten a las necesidades y realidades locales. Por otro lado, también favoreció una heterogeneidad en los tipos de propuestas de abordaje de los DIAT, ya que las mismas dependían en muchos casos tanto de la formación de quienes conducían esos centros como de la historia del propio dispositivo. De esta forma, encontramos dispositivos con un abordaje más enfocado en la atención clínica y otros con una impronta más de abordaje territorial y apertura a la comunidad.

Los equipos de trabajo estaban integrados por referentes territoriales (en general, miembros de la comunidad barrial), profesionales de distintos ámbitos (psicología, trabajo social, psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional, entre otras), operadoras/es y talleristas/docentes. Este equipo era acompañado desde el nivel central de la SEDRONAR por una dupla técnica, que tenía como tarea la construcción y monitoreo de diagnósticos, la planificación y gestión de las estrategias de inserción comunitaria de los equipos, la articulación con distintas áreas institucionales y la formación y capacitación de los equipos. Como analizaremos en el siguiente apartado, la coordinación de estos dispositivos desde el nivel central implicó distintos desafíos y tensiones en la gestión cotidiana de los DIAT.

Por otro lado, los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC) surgieron a principios de 2016 con el objetivo de profundizar el abordaje territorial impulsado por la SEDRONAR, a partir de la implementación y adaptación de la metodología ECO2.⁹ El Tratamiento Comunitario es definido como:

“(…) un conjunto de procesos en el cual se articulan acciones, instrumentos y prácticas organizadas cuyo objetivo es promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas y viven en una situación de exclusión social grave” (Milanese, 2013).

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

Argentina fue uno de los primeros países de la región en implementar esta metodología de trabajo desde el Estado, es decir, en implementar el TC como una política pública. Ello significó pasar de experiencias comunitarias geográficamente limitadas –en un barrio o una comunidad local–, al desarrollo del TC como política pública en distintos territorios del país, con sus características y particularidades locales. En virtud de ello, durante el 2016 se realizó una prueba piloto con diez equipos de trabajo ubicados en distintas localidades del país. Algunos de los miembros de estos equipos ya venían trabajando desde 2014, cuando se conformaron los Puntos de

⁹ Como señalamos anteriormente, esta metodología fue impulsada en la década de 1990 por un conjunto de organizaciones de la sociedad civil.

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

A diciembre de 2019 existían en Argentina 34 equipos de DTC, localizados en distintos barrios de trece provincias del país. Los equipos de trabajo estaban conformados por personas de distintos perfiles (profesionales, técnicas/os operadoras/es, talleristas, referentes barriales) y por un referente técnico o tutor/a de la sede central de la SEDRONAR. A diferencia de los DIAT, los DTC no contaban con edificio propio, sino que su trabajo se desplegaba en la propia comunidad barrial.

En el siguiente apartado, analizaremos las fortalezas y desafíos de la implementación de un abordaje territorial desde un organismo público central como es la SEDRONAR.

5. Fortalezas y desafíos del abordaje territorial realizado desde dispositivos estatales

Una de las fortalezas con más menciones en las entrevistas realizadas a referentes de dispositivos de abordajes territoriales fue el hecho de poder realizar intervenciones situadas, atentas al contexto. Esta característica, propia de los dispositivos territoriales, implica la posibilidad de pensar estrategias de intervención que puedan tener un impacto sobre la singularidad de cada tipo de realidad. A diferencia de otro tipo de abordajes, más tradicionales, donde la intervención toma lugar en un consultorio y/o en una institución alejada de los ámbitos de pertenencia de la comunidad, los dispositivos territoriales se emplazan ahí donde quienes consultan/asisten habitan. Esto posibilita poder pensar las intervenciones *en contexto*. No es menor a la hora de intervenir en problemáticas sociales complejas poder dar cuenta cómo son las lógicas territoriales, las prácticas y representaciones sobre los consumos, las condiciones macroestructurales que atraviesa a ese territorio, los imaginarios y las manifestaciones socioculturales del entorno. De esta manera es esperable que la propuesta institucional sea acorde a las demandas sentidas de la comunidad. En las entrevistas surge con bastante frecuencia el desafío por captar la lógica del territorio y poder operar desde allí, para como decía una psicóloga de uno de los dispositivos “lograr ese encuentro entre lo institucional y lo comunitario”. En general esto se realiza a través de diversas herramientas de relevamiento como los diagnósticos comunitarios, pero sobre todo a través de la permanencia prolongada en el territorio. Esta permanencia, ese estar ahí, ese compartir la cotidianidad posibilita captar los sentidos y sentires, la singularidad de los gestos, las costumbres y tradiciones, lo que se dice y lo que se oculta. Esa permanencia es clave a su vez a la hora de generar la confianza necesaria para establecerse como un dispositivo de referencia. De acuerdo a las personas entrevistadas, para ello es importante incorporar en los equipos a referentes positivos de las comunidades, es decir, personas claves del territorio que puedan constituirse como integrantes de los dispositivos. También se menciona como necesario que las personas que integren los equipos puedan permanecer de forma estable, es decir, evitar la rotación de personas a fin de lograr una mejor y más perdurable referencia y confianza. Por supuesto que lograr la confianza y utilizar las lógicas del territorio a favor del dispositivo no es tan sencillo de lograr, tomando en cuenta que cada territorio es una arena de disputa, con pujas de poder, donde no siempre reina la armonía sino que por el contrario, como mencionamos líneas arriba, el conflicto es inherente. Como tampoco es tan sencillo captar las lógicas de cada territorio. Si bien se mencionan como fortalezas, la heterogeneidad de los dispositivos (dada por la diversidad de territorios, por la distinta conformación de los equipos y de

improntas de cada coordinación, entre otros factores) hace que cada experiencia pueda o no capitalizar las ventajas que genera la permanencia en territorio.

Otra de las fortalezas mencionadas en las entrevistas reside en que el abordaje territorial favorece la accesibilidad a la atención en salud. La accesibilidad al sistema de salud es definida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinación entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner *et al.*, en Comes, 2003: 4). Si bien la accesibilidad no se define solo por el acceso a una consulta o al ingreso a los dispositivos, sino que implica a todo el proceso de atención, de acuerdo a las entrevistas realizadas, existe un acuerdo en que el emplazamiento de los dispositivos en los territorios permite disminuir las brechas vinculadas a “lo burocrático”, las barreras geográficas y culturales. En relación a “lo burocrático” puede mencionarse el hecho de poder hacer una “consulta directa”, no mediada por instituciones y trámites que en otras ocasiones desalientan las intervenciones. El hecho de emplazarse en el mismo lugar que la mayoría de las personas a las cuales asisten, permite a su vez derribar las *barreras geográficas*. La dimensión geográfica refiere a la localización del centro de salud o unidad sanitaria y su población asignada; las distancias entre el lugar de residencia de las/os usuarias/os y el centro de salud; el desplazamiento de poblaciones de una jurisdicción a otra para hacer uso de centros de salud, tanto porque en su zona carecen de los mismos o porque prefieren o eligen un mejor servicio. A la cuestión de la distancia geográfica se suma un elemento de la dimensión económica: costo del transporte y tiempo de viaje (Rossi *et al.*, 2007). En cuanto a la barrera cultural, refieren al hecho de que como mencionamos anteriormente, se espera que los dispositivos realicen una intervención situada, atenta al contexto y a la dimensión sociocultural del territorio en el cual están emplazados, lo que posibilita sortear o al menos disminuir la barrera cultural que se puede dar en otros dispositivos más tradicionales.

Estas dimensiones de accesibilidad se las vincula al bajo umbral de exigencia para acceder a los dispositivos, es decir a la idea de exigir menos para acceder a un servicio (Camarotti, 2013). Sin embargo la exigencia mínima para transitar los espacios no constituye una *no exigencia*, sino un trabajo progresivo en el registro del problema para que pueda generarse en las personas usuarias la decisión de resolverlo, atendiendo a los tiempos singulares de cada sujeto. En este sentido, como decíamos, la clave para generar oportunidades de accesibilidad es la proximidad geográfica, la amplitud horaria, la documentación necesaria para acceder, el trato brindado por los/as trabajadoras/es, las actividades propuestas, las normas y requisitos para el ingreso y la participación, las representaciones sociales asociadas al espacio, etc.

Otra de las fortalezas está identificada con que el abordaje en estos dispositivos incluye actividades de prevención, de promoción y de asistencia llevadas a cabo por un equipo interdisciplinario. En las entrevistas esto es visualizado como una fortaleza en tanto posibilita pensar cada actividad (que a simple vista pudiera no ser pensada como parte de un tratamiento), con un potencial efecto terapéutico. En ese sentido, el trabajo en equipo interdisciplinario constituye, de acuerdo a las personas entrevistadas, en una apuesta necesaria para el abordaje de situaciones problemáticas que de por sí son *indisciplinadas*. Tal como manifestaba una de las integrantes de un equipo que coordina un taller cultural en un DIAT, “muchas veces, a través del dibujo, de pintar un mural, de compartir un mate mientras se piensa en una actividad artística, salen cosas que en los espacios de escucha no salen”. El modelo mismo de abordaje de estos dispositivos posibilita el despliegue de otros espacios –no asociados directamente a “lo terapéutico”– pero que también habilitan la palabra, las emociones, los sentires. Asimismo, estas

distintas áreas de acción de los dispositivos –asistencia, promoción y prevención– posibilita pensar al tratamiento desde una perspectiva de derechos: el acceso a derechos –a través de acciones vinculadas a promover espacios recreativos, deportivos, artísticos, pero también otros más vinculados a lo comúnmente denominado como “asistenciales”– se constituye así en el eje de las intervenciones.

La fortaleza del abordaje territorial implica también *estar ahí*, pero no solo por el lugar geográfico de emplazamiento sino también por realizar un tipo de abordaje que toma en cuenta lo que pasa puertas afuera de la institución. Lo comunitario, lo contextual, lo que pasa *allá afuera* también es parte de lo que pasa *aquí adentro*, y viceversa. En este sentido, algunas de las personas entrevistadas daban cuenta de los “difusos” límites de los tratamientos, lo que en algunos casos se constituye como fortaleza. Por ejemplo, a diferencia de otros dispositivos en los que las personas concluyen un tratamiento (ya sea por un alta, o por otros motivos) y pierden en la mayoría de los casos contacto con la institución, en estos dispositivos, al estar anclados en el mismo territorio que quienes en general asisten, suelen mantenerse algunas intervenciones –a veces más esporádicas que otras– por fuera del “tratamiento en sí”. Esta fortaleza se contrapone, por ejemplo, a otras modalidades de tratamiento más vinculadas a instituciones terapéuticas cerradas localizadas por fuera de los contextos cotidianos de sus residentes, que una vez concluido el tratamiento no tienen la posibilidad de continuar el contacto/la referencia con estos en otras modalidades, instancias, intervenciones.

Otra de las fortalezas mencionadas en las entrevistas tiene que ver con el objetivo de abordar de manera integral las problemáticas que evocan los sujetos a quienes asisten. Es decir, la mayoría de las personas que pasan por los dispositivos, atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden la problemática del consumo –vivienda, trabajo, educación... En este sentido, el modelo de abordaje parte de una perspectiva de derechos, lo cual implica propiciar acciones para atender el padecimiento en forma integral. Esto no podría realizarse si no es a través de la *intersectorialidad* y la *corresponsabilidad*. A diferencia del antiguo concepto de *derivación*, que implicaba el desplazamiento del sujeto de uno a otro efector de salud, el abordaje territorial debe necesariamente construir junto a otros actores referentes de la comunidad aquellas estrategias de intervención mancomunadamente. En las entrevistas realizadas, la mayoría de los equipos dieron cuenta de la importancia de establecer vínculos con otras instituciones y efectores del barrio, como así también de participar en mesas territoriales y armar una red de actores con los cuales poder contar a la hora de pensar y acompañar diversas estrategias, por ejemplo cuando concurren personas que consumen pero que a su vez están en situación de calle. En estos casos, otra de las fortalezas mencionadas remite a la pertenencia institucional: ser parte de la SEDRONAR posibilita una mayor capacidad de establecer acuerdos, firmar convenios, y posicionarse ante jueces y otros actores, a diferencia de la capacidad de negociación y acuerdos que puede establecer, por ejemplo, una ONG. No obstante, algunos equipos han mencionado que, en ocasiones y con algunos actores, la adhesión a un nuevo paradigma en relación a la atención de los consumos problemáticos de la SEDRONAR en general y de los dispositivos territoriales en particular, ha generado tensiones y dificultades varias a la hora de consensuar pautas de acción, imposibilitando incluso un trabajo en red.

En relación a los desafíos, las personas entrevistadas señalaron en muchos casos las dificultades encontradas para delimitar lo específico de su abordaje respecto de los de otras instituciones presentes en el territorio (de salud, comunitarias, educativas, etc.). Al intentar descentrar sus intervenciones de las sustancias y los consumos problemáticos de drogas, y realizar propuestas abiertas a la comunidad, muchas de las personas

entrevistadas refirieron que les costaba encontrar un límite a su intervención. De esta forma, en el trabajo de campo encontramos dispositivos que, con el objetivo de no estigmatizar a la población que concurre, realizan talleres artísticos y deportivos abiertos a la comunidad, a los que asisten tanto personas que presentan consumos problemáticos de drogas como público en general. Ello genera, por un lado, que las personas que asisten puedan ampliar sus redes de sociabilidad, al encontrarse con otras que no presentan consumos problemáticos. Sin embargo, para las/os profesionales y talleristas entrevistadas/os, ello implica el desafío de poder desarrollar una propuesta que incluya también una dimensión terapéutica en el abordaje, y lo distinga de otros talleres o actividades que tienen lugar en el territorio. Por otro lado, también existen dispositivos que solo reciben a personas con consumos problemáticos de drogas. Esta interpelación desde un aspecto que se entiende como negativo de la persona (su consumo problemático) genera, por un lado, una mayor estigmatización de las personas que concurren y del propio dispositivo, que es identificado como “el centro para personas adictas” del barrio. Ello dificulta también la construcción de nuevas redes vinculares para quienes asisten, y la imposibilidad de encontrarse desde otros aspectos positivos de su vida, como puede ser la habilidad para realizar una actividad artística o practicar un deporte. De esta forma, esta tensión entre ser dispositivos abiertos a la comunidad y, a su vez, abordar específicamente la problemática del consumo de drogas, genera un gran desafío para los equipos de trabajo, que deben encontrar un punto de equilibrio entre ambos extremos, que les permita abrirse al territorio sin perder su especificidad.

Otro de los desafíos señalados en las entrevistas refiere a la posibilidad de encontrar un límite en el marco del bajo umbral de atención. Es decir, ¿qué hacer con las personas que llegan en situación de consumo al dispositivo? ¿cómo alojarlas sin que ello desestructure por completo la propuesta de la institución? Por un lado, como analizamos previamente, los DIAT se presentan como dispositivos de bajo umbral, que favorecen la accesibilidad a la atención de personas que en muchos casos son rechazadas o no llegan a otro tipo de instituciones. Pero por otro lado, este bajo umbral no significa umbral cero: para poder participar de la institución, se deben cumplir y respetar ciertas normas básicas que permiten la convivencia. Esta tensión entre “recibir a todas las personas” y “poner algunos límites” genera un gran desafío para el trabajo cotidiano de los equipos, que deben –aquí también– encontrar el punto de equilibrio entre favorecer la accesibilidad de todas las personas a la institución y que la misma (con sus normas y pautas) no deje de existir en ese intento.

Por otro lado, las personas entrevistadas destacaron un conjunto de desafíos que se encuentran directamente vinculados con la posibilidad de implementar una metodología de tratamiento comunitario y de abordaje territorial –que se entiende, por definición, como anclada en un territorio– desde una Secretaría nacional como es la SEDRONAR. Es decir, ¿cómo abordar las particulares situaciones de cada territorio y, al mismo tiempo, establecer lineamientos comunes que funcionen como ejes rectores de la política pública? En palabras de Efre Milanese y Raquel Barrios (impulsores de la metodología de tratamiento comunitario y entrevistados para este trabajo), se trata principalmente de un pasaje de escala:

“Una cosa es implementar tratamiento comunitario por una o dos organizaciones en un territorio limitado, y otra cosa es trabajar con 30 equipos de TC en 30 lugares diferentes, comunidades diferentes. El pasaje de escala es impresionante (...) La experiencia de Argentina es la única política pública de TC que pudimos acompañar, evaluar y sistematizar”.

Esta tensión entre el tratamiento comunitario como metodología de trabajo que se adapta al territorio en el que se desarrolla y como política pública fue señalada también por las/os referentes institucionales entrevistadas/os. Particularmente, ellas/os lo destacaron en relación a los desacuerdos que a veces tienen lugar entre los equipos de trabajo y las personas que funcionan como referentes de esos equipos desde la SEDRONAR. Mientras los equipos de trabajo están en el día a día de lo que sucede en el dispositivo y son quienes conocen y viven en el territorio, las/os referentes de SEDRONAR viven y trabajan en el Área Metropolitana de Buenos Aires y son quienes establecen los lineamientos de la política pública. En ocasiones surgen desacuerdos entre los equipos de los dispositivos y las/os referentes de SEDRONAR respecto a cuál es la mejor intervención posible en cada caso, ya que cada uno lo analiza desde su propia experiencia y rol. De esta forma, si bien la coordinación a nivel de la SEDRONAR es lo que permite establecer lineamientos comunes para todos los dispositivos y diseñar el abordaje de la política pública, muchas veces esta mirada es vivida como “ajena” por parte de los equipo de trabajo, y se presenta como “ciega” a las especificidades de cada territorio.

En línea con esto, otro de los desafíos señalados por las personas entrevistadas es la tarea de evaluación y sistematización de las intervenciones que, a su entender, genera muchas veces una sobrecarga de trabajo para los equipos de los dispositivos, que deben dejar de realizar otras actividades para completar los instrumentos e informes que les solicitan desde la SEDRONAR. Por el otro lado, desde el nivel central, se argumenta que los instrumentos de sistematización y evaluación son los que permiten evaluar la política pública y producir datos a nivel nacional. Esta tensión entre homogeneizar los criterios de sistematización y evaluación y atender a las necesidades locales también se presenta como un gran desafío en el abordaje territorial realizado desde la política pública.

Por último, las personas entrevistadas señalaron la existencia de desafíos vinculados a la orientación política de los gobiernos (nacional, provincial y municipal), que muchas veces genera tensiones a la hora de co-gestionar los distintos dispositivos. A lo largo del trabajo de campo, las personas entrevistadas nos relataron distintas situaciones en las que, en virtud de desacuerdos político-partidarios, se generaban conflictos en la co-gestión de los distintos dispositivos, ocasionando muchas veces la renuncia o el despido de integrantes de los equipos de trabajo. En virtud de ello, y de las precarias condiciones de contratación que muchas veces presentan estos equipos, existe una gran rotación de profesionales, operadoras/es y talleristas, lo que dificulta el diseño de intervenciones de largo plazo. Como señala Efreml Milanese, esta también es una dimensión que distingue a los abordajes realizados desde la sociedad civil de aquellos gestionados por el Estado:

“Los equipos de las organizaciones de la sociedad civil son equipos que tienen un conjunto de motivaciones diferentes, y una alta calidad profesional. Es decir, los equipos se renuevan menos que los equipos en las instituciones públicas. (...) Son equipos más estables. Y eso se refleja en los resultados obviamente”.

Los abordajes territoriales realizados por dispositivos estatales presentan un conjunto de fortalezas y de desafíos que los distinguen de aquellas propuestas realizadas desde y por organizaciones comunitarias. Entendemos que es en el diálogo entre ambos actores donde se pueden desarrollar propuestas integrales de atención de los consumos problemáticos de drogas que permitan articular la política pública con aquellas iniciativas que se desarrollan de manera más local.

6. Reflexiones finales

En este artículo analizamos las fortalezas y desafíos del abordaje territorial realizado desde dispositivos estatales como son los DIAT y los DTC, que funcionaron en Argentina entre 2016 y 2019. Para ello, reconstruimos los antecedentes de la perspectiva comunitaria en salud mental, desarrollada en los países centrales en las décadas de 1960 y 1970, así como los aportes de la medicina social y la salud colectiva, con amplia influencia en la región latinoamericana. Asimismo, reconstruimos las experiencias comunitarias en salud en Argentina, para luego centrarnos específicamente en las distintas respuestas terapéuticas que se han desarrollado en el país para hacer frente a los consumos problemáticos de drogas.

En lo que refiere específicamente al abordaje territorial realizado desde dispositivos estatales, presentamos brevemente qué se entiende por abordaje territorial, para adentrarnos en las características que han asumido los dispositivos creados por la SEDRONAR (DIAT y DTC) en distintas localidades del país.

El abordaje territorial de los consumos de drogas desde dispositivos estatales presenta un conjunto de fortalezas y de desafíos. Mientras que algunas son propias del abordaje territorial, otras están directamente vinculadas con las posibilidades y limitaciones que presenta la realización de esta modalidad de intervención desde un organismo centralizado como es la SEDRONAR.

Entre las fortalezas propias del abordaje territorial, se destacan el desarrollo de intervenciones situadas, atentas al contexto donde tiene lugar el consumo de drogas; la mayor accesibilidad a la atención en salud, vinculada a la proximidad geográfica de los dispositivos, su amplitud horaria y requisitos para el ingreso y la permanencia; la realización de actividades de prevención, de promoción y de asistencia desde un equipo interdisciplinario, lo que posibilita que todas las actividades tengan un potencial efecto terapéutico; y el desarrollo de un tratamiento integral, al proponerse abordar aspectos que trascienden la problemática específica del consumo –vivienda, trabajo, educación, entre otros. En relación a aquellas fortalezas propias de la realización de este abordaje desde la SEDRONAR, se destaca la capacidad de este organismo, en tanto rector de las políticas de drogas a nivel nacional, de establecer acuerdos, firmar convenios, y posicionarse ante otros actores con una gran capacidad de negociación.

En relación a los desafíos propios del abordaje territorial, se destacan las dificultades señaladas por los equipos de trabajo para delimitar lo específico de su abordaje respecto de los de otras instituciones presentes en el territorio, así como establecer ciertas pautas de funcionamiento de la institución en el marco de un umbral mínimo de atención. Asimismo, en las entrevistas realizadas emergieron un conjunto de desafíos que se vinculan estrechamente con la posibilidad de implementar una metodología de tratamiento comunitario y de abordaje territorial desde un organismo centralizado como es la SEDRONAR. Entre éstos, se destacan los desafíos vinculados a la escala de la intervención. Si los abordajes realizados por organizaciones comunitarias suelen limitarse a un territorio, en el abordaje realizado desde la SEDRONAR se deben contemplar las heterogeneidades que caracterizan a todo el territorio del país y desarrollar, al mismo tiempo, una línea rectora común de la política pública. Esta tensión se refleja también en los desacuerdos que emergen muchas veces entre los equipos de trabajo de los dispositivos y las personas que funcionan como referentes desde la SEDRONAR en relación tanto a las posibilidades de intervención como a las tareas de evaluación y sistematización de éstas. Esta tensión entre homogeneizar los criterios de sistematización y evaluación y atender a las necesidades locales también se presenta como un gran desafío en el abordaje territorial realizado desde la política pública. Por último, un desafío propio de este tipo de abordaje realizado desde un

organismo público son las tensiones que emergen a partir de los cambios en las orientaciones políticas de los gobiernos, que generan muchas veces una mayor rotación de los equipos de trabajo y dificultades a la hora de co-gestionar los dispositivos con otros niveles gubernamentales.

La implementación de un abordaje territorial desde dispositivos estatales ha implicado así un conjunto de fortalezas y desafíos, que se vuelve necesario problematizar y evaluar en vistas a la construcción de mejores respuestas a los consumos problemáticos de drogas. Creemos fundamental que los dispositivos creados puedan ser continuados y mejorados a la luz de las experiencias adquiridas por los equipos de trabajo en estos años, pero también de la vasta trayectoria que las organizaciones de la sociedad civil tienen en la implementación de este tipo de respuestas. Es a partir del diálogo entre la comunidad y los organismos estatales que podrá obtenerse las reflexiones necesarias para generar dispositivos más accesibles, integrales y eficientes para el abordaje de los consumos problemáticos de drogas.

7. Bibliografía

- Astolfi Romero, C.; Azparren, A. L.; Bordoni, M. F.; Carroli, M.; Fernández, A.; Garbi, S.; Tejera, E. y Tufró, F. (2019). *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*. BBAA: SEDRONAR 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
- Azparren, A. L. (2017). *Respuestas a los consumos de drogas en contextos de exclusión social. El Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de maestría no publicada. Los Polvorines, UNGS.
- Bordoni, M. F. (2017). “Abordaje integral de los consumos problemáticos”. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIV Jornadas de Investigación, XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Camarotti A.C. (2013). “Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un Modelo Integral de Abordaje Comunitario para la reducción de la demanda de drogas”. *XIV Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda*. Washington: OEA/CICAD.
- Camarotti, A. C. y Kornblit, A. L. (2015). “Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo”. *Salud Colectiva* 11(2): 211-221, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73140041005>
- Camarotti, A. y Güelman, M. (2017). “Historia de los tratamientos para los consumos de drogas”, en Camarotti, A. C.; Jones, D. y Di Leo, P. F. (dir.), *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires, Teseo.
- Carballeda, A (2015). “El territorio como relato. Una aproximación conceptual”. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* 76, <https://www.margen.org/suscri/margen76/carballeda76.pdf>
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la Argentina en los 60 y 70. 1970-1983. (Tomo II)*. Buenos Aires, Topía.
- Corbelle, F. (2021). *Políticas públicas y abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Las experiencias del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo, provincia de Buenos Aires*. Capítulo 3, IPEA, <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap3>

- Corda, R.; Galante, A. y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De “delincuentes-enfermos” a sujetos de derechos*. Buenos Aires, Intercambios-Universidad de Buenos Aires.
- Cunial, S. (2014). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. Tesis de maestría no publicada. Buenos Aires, Universidad Torcuato Di Tella.
- Foucault, M. (1996). *Genealogía del Racismo*. Colección Caronte Ensayos. Ed. Altamira.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)*. Ediciones Akal.
- Garbi S. (2021). “Consumos de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario”. *Revista Argentina de Med* 9(3): 174-180. ARK CAICYT, <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/pqfs9ts08>
- Garbi, S. (2020). *De aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Teseo Press.
- García, J. C. (2007). “Entrevista a Juan César García”, *Medicina Social*, 2(3), 153-159, <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/132/269>
- Goltzman, P. (2015). “Notas sobre el trabajo en drogas desde el territorio”. *Revista Voces en el fénix*, 42.
- Granda, Edmundo (2004). “Alames: veinte años. Balance y perspectiva de la medicina social en América Latina”, en *IX Congreso latinoamericano de Medicina social. La salud: un derecho a conquistar*. Lima.
- Iriart, C.; Waitzkin, H.; Breilh, J.; Estrada, A. y Elías Merhy, E. (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12, (2).
- Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Capriati, A.; Di Leo, P. F. y Wald, G. (2015). “Una propuesta para sistematizar experiencias en el abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas”, *Revista argentina de salud pública*. 6, (22), 21-28.
- Menéndez, E. (2012). “Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos”, *Revista Salud Colectiva*, 8 (1), 9-24. BBAA: UNLa.
- Milanese, E. (2013). *Tratamiento comunitario*. Manual de Trabajo I (2a ed.). São Paulo, Instituto Empondera.
- Pereyra Robledo, D. (2015). *Abordaje comunitario del consumo problemático de drogas, monografía*. Montevideo, Universidad de la República. Facultad de Psicología.
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Romaní, O. (2008). “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. *Revista Salud Colectiva*, 4(3), UNLA.
- Rossi, D.; Pawlowicz, M. P. y Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Saforcada, E. (2010). *El concepto de salud comunitaria: una nueva perspectiva de la salud pública, Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E. (2015). *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Stolkiner, A.; Comes Y. y R. Solitario (2003). *Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por*

parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense, Serie Seminarios Salud y Política Pública. (jun.). Buenos Aires: CEDES.

* * *

Silvana Garbi es Licenciada en Sociología y Profesora de Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Gestión y Planificación de Políticas Sociales y Doctora en Ciencias Sociales de la UBA. Becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2021-2024) con sede de trabajo en el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Jefa de Trabajos Prácticos de la materia Antropología de la carrera de Enfermería de la UnLaM. Ha participado en distintos proyectos de investigación en temáticas de consumos problemáticos de drogas. Es autora de diversos artículos nacionales e internacionales en la temática y del libro *De aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas* (2020), TeseoPress.

Ana Laura Azparren es Licenciada en Sociología y Profesora de Enseñanza Secundaria, Normal y Especial en Sociología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Magíster en Estudios Urbanos por la Universidad Nacional de General Sarmiento y Doctora en Ciencias Sociales de la UBA. Becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2021-2024) con sede de trabajo en el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Jefa de Trabajos Prácticos de la materia Aporte de la Teoría del Género al Análisis de lo Social de la carrera de Sociología de la UBA. Ha participado en distintos proyectos de investigación en temáticas de género, sexualidad, consumos problemáticos de drogas y religión. Es autora de diversos artículos nacionales e internacionales en la temática.