

Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

ipea

Organizadores
Roberto Pires
Maria Paula Santos

Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

ipea

Organizadores
Roberto Pires
Maria Paula Santos

Governo Federal

Ministério da Economia

Ministro Paulo Guedes

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Fundação pública vinculada ao Ministério da Economia, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente

Carlos von Doellinger

Diretor de Desenvolvimento Institucional

Manoel Rodrigues Junior

Diretora de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia

Flávia de Holanda Schmidt

Diretor de Estudos e Políticas Macroeconômicas

José Ronaldo de Castro Souza Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Regionais, Urbanas e Ambientais

Nilo Luiz Saccaro Júnior

Diretor de Estudos e Políticas Setoriais de Inovação e Infraestrutura

André Tortato Rauen

Diretora de Estudos e Políticas Sociais

Lenita Maria Turchi

Diretor de Estudos e Relações Econômicas e Políticas Internacionais

Ivan Tiago Machado Oliveira

Assessor-chefe de Imprensa e Comunicação

André Reis Diniz

Ouvidoria: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria>

URL: <http://www.ipea.gov.br>

Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

ipea

Brasília, 2021

Organizadores
Roberto Pires
Maria Paula Santos

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2021

© Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe – CEPAL, Nações Unidas 2021

LC/BRS/TS.2021/3

EQUIPE TÉCNICA

Organizadores

Roberto Rocha C. Pires (IPEA)

Maria Paula Gomes dos Santos (IPEA)

Autores dos capítulos

Maria Paula Gomes dos Santos

Roberto Rocha C. Pires

Luiza Gomes Luz Rosa

Milena Karla Soares

Florencia Corbelle

Andrés Góngora

Johanna Salazar

Ramiro Borja

Angélica Ospina-Escobar

Clara Musto

Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina : desafios e possibilidades de ação pública / organizadores: Roberto Pires, Maria Paula Santos. – Brasília: IPEA; CEPAL, 2021.

327 p. : il., color.

Inclui Bibliografia.

ISBN: 978-65-5635-018-9

1. Usuário de Drogas. 2. Problemas Sociais. 3. Políticas Públicas. 4. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 5. América Latina. I. Pires, Roberto. II. Santos, Maria Paula. III. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IV. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

CDD 362.1098

Ficha catalográfica elaborada por Andréa de Mello Sampaio CRB-1/1650

A obra retratada na capa deste livro, *Alternativas de Cuidado a Usuários de Drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública*, é a tela *Menina com Pássaro*, de Candido Portinari (1903-1962), datada de 1956. Além da inegável beleza e expressividade de suas obras, Portinari tem importância conceitual para um instituto de pesquisas como o Ipea. O “pintor do novo mundo”, como já foi chamado, retratou momentos-chave da história do Brasil, os ciclos econômicos e, sobretudo, o povo brasileiro, em suas condições de vida e trabalho: questões cujo estudo faz parte da própria missão do Ipea.

A Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia (Diest) agradece ao Projeto Portinari pela honra de usar obras do artista em sua produção.

Direito de reprodução gentilmente cedido por João Candido Portinari.

DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9>

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

Os Estados-membros das Nações Unidas e suas instituições governamentais podem reproduzir este estudo sem autorização prévia. É solicitado, apenas, que mencionem a fonte e informem à CEPAL sobre essa reprodução.

Este estudo foi elaborado no âmbito do Programa Executivo de Cooperação entre a CEPAL e o Ipea.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
---------------------------	---

CAPÍTULO 1

POLÍTICAS DE ATENÇÃO A PESSOAS QUE FAZEM USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM CONTEXTOS DE EXTREMA DESIGUALDADE SOCIAL: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO EMERGENTES NA AMÉRICA LATINA	9
Maria Paula Gomes dos Santos	
Roberto Rocha C. Pires	
Luiza Gomes Luz Rosa	

CAPÍTULO 2

CEM ANOS DE REGULAÇÃO DO CONSUMO DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA: O QUE NOS DIZEM AS TRAJETÓRIAS DE ARGENTINA, BRASIL, URUGUAI, COLÔMBIA E MÉXICO?	19
Milena Karla Soares	

CAPÍTULO 3

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.....	41
Florencia Corbelle	

CAPÍTULO 4

POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO	103
Maria Paula Gomes dos Santos	
Roberto Rocha C. Pires	

CAPÍTULO 5

CENTROS DE ESCUCHA EN COLOMBIA: POLÍTICAS Y ESCENARIOS PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN COMUNIDADES LOCALES.....	143
Andrés Góngora	
Johanna Salazar	
Ramiro Borja	

CAPÍTULO 6

EL SISTEMA DE ATENCIÓN Y CUIDADO AL USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN MÉXICO: AISLAMIENTO, ESTIGMATIZACIÓN Y DESAMPARO.....	203
Angélica Ospina-Escobar	

CAPÍTULO 7

POLÍTICAS DE ATENCIÓN A USUARIOS PROBLEMÁTICOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: EL CASO URUGUAYO	255
Clara Musto	

CAPÍTULO 8

TENDÊNCIAS E DESAFIOS DAS POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA	287
Roberto Rocha C. Pires	
Maria Paula G. dos Santos	
Luíza Luz Rosa	

NOTAS BIOGRÁFICAS	325
--------------------------------	------------

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ABORDAJE INTEGRAL TERRITORIAL DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS: LAS EXPERIENCIAS DEL DIAT JUANA AZURDUY Y EL DTC BARRIO CEIBO, PROVINCIA DE BUENOS AIRES¹

Florencia Corbelle²

1 INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta los resultados del estudio de caso de dos dispositivos de abordaje territorial de los consumos problemáticos de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) ubicados en la zona norte del Área Metropolitana de Buenos Aires (Amba):³ el Dispositivo Integral de Abordaje Territorial Juana Azurduy (en adelante, DIAT JA) y el Dispositivo de Tratamiento Comunitario Barrio Ceibo (en adelante, DTC BC).⁴ Ambos dispositivos – esto es, los DIAT y los DTC – son producto de la acumulación y yuxtaposición de una serie de experiencias de intervención y políticas de implementación reciente en Argentina que han implicado un quiebre con los modelos dominantes en prevención y asistencia de los consumos problemáticos,⁵ y deben comprenderse en el marco de un cambio de paradigma en la materia, cuyo primer hito normativo es la sanción de la Ley de Salud Mental en 2010.

La investigación que aquí se narra se centró en el análisis de las modalidades de atención y cuidado a personas en situación de consumo problemático de sustancias en estos dos dispositivos, haciendo especial hincapié en las relaciones y estrategias

1. La autora agradece a Silvana Garbi y Ana Candil por su atenta lectura y valiosos comentarios. Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad de la autora.

2. Doctora en Antropología en el Programa de Antropología Política y Jurídica – Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires; y consultora bajo el Programa de Cooperación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Ipea.

3. El Amba es la zona urbana común que conforman la Ciudad de Buenos Aires y cuarenta municipios que constituyen su conurbación sobre la Provincia de Buenos Aires (Ver, anexo B).

4. Todos los nombres propios han sido modificados para preservar la identidad de las personas que colaboraron con la investigación.

5. Pawlowicz *et al.* (2011) distinguen tres modelos de atención que representan diferentes saberes y prácticas sobre los procesos de salud/enfermedad/atención: el *médico hegemónico*, que se caracteriza por su identificación ideológica con la racionalidad científica, el *sostenimiento de prácticas individuales*, y su eficacia pragmática orientada a la curación y a los factores biológicos; el *alternativo subordinado*, propio de las comunidades terapéuticas que, pese a ser subsidiario al anterior, integra prácticas en las que se concibe la salud de forma global y holística y tiene como objetivo modificar la “personalidad adictiva” a través de una nueva socialización; y, el *modelo de auto-atención*, presente en los programas de Doce Pasos, donde el diagnóstico y la atención son realizados por pares en base a la experiencia.

que los equipos de trabajo establecen con y crean junto a diferentes instituciones, organizaciones y actores tanto estatales como locales, toda vez que esta política pública no tiene como eje rector a las sustancias ni como norte el abstencionismo, así como tampoco mide el éxito o fracaso de las intervenciones terapéuticas de acuerdo a la existencia o no de “recaídas”. Al contrario, el *modelo de abordaje integral territorial* en el que se inscriben estas iniciativas (Astolfi Romero *et al.*, 2019) ha sido diseñado e implementado con el objetivo de reducir el sufrimiento (entendido como vulneración histórica de derechos) de quienes atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños, a partir del desarrollo de estrategias comunitarias y el fortalecimiento de redes locales. Ello así porque, desde este modelo se concibe que son las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas las que generan las condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos, constituyéndose las mismas, de este modo, en el núcleo de una diversidad de propuestas que comprenden el fortalecimiento de la integración comunitaria como un proceso potencialmente terapéutico (Sedronar, 2017b; Tufro y Carroli, 2018).

El objetivo de este capítulo es entonces, a partir de la descripción de las prácticas, actividades cotidianas, metodologías, técnicas e instrumentos de trabajo desplegados por los equipos del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo, analizar los principales avances, conquistas y resultados, pero también limitaciones, obstáculos y desafíos que enfrenta la atención y cuidado a personas en situación de consumo problemático en estos dispositivos. Se retomarán, para ello, aportes recientes del campo de estudio de las políticas públicas y, en particular, de las denominadas *políticas sociales* (Cravino, 2008; Gupta y Ferguson, 2006; Rofman y Foglia, 2015; Rose, 2007; Shore, 2010; entre otros) así como bibliografía específica del campo de la atención de los consumos problemáticos (Barros *et al.*, 2018; Bordoni y Ramírez, 2018; Camarotti y Kornblit, 2015; Candil, 2011; Capriati *et al.*, 2015; entre otros). En otras palabras, a partir de una investigación de carácter etnográfico ofrecemos un análisis situado de dos experiencias, esto es, una lectura de las prácticas, acciones e intervenciones de los equipos DIAT y DTC a la luz de la política pública en la que se inscriben estos dispositivos, así como de la historia más amplia de las políticas de drogas y, en especial, las políticas de atención y cuidado a personas que hacen uso problemático de sustancias en Argentina. Pero también, en el marco de las transformaciones que han tenido lugar en la política pública de las últimas décadas, caracterizadas por la diversificación, territorialización e institucionalización de la “participación ciudadana” así como por la incorporación, a principios de siglo, de un enfoque de derechos a las políticas sociales (Abramovich, 2006; Rofman y Foglia, 2015).

Para ello, en el primer apartado, se reconstruye la historia de las políticas de atención y cuidado a personas que hacen uso problemático de sustancias psicoactivas en Argentina. Luego, en un segundo apartado, se describe la actual oferta

asistencial, se presentan las principales características de los DIAT y los DTC, y se brinda información sobre las consultas y el perfil sociodemográfico de sus usuarios/as. A continuación, se explica la metodología y las técnicas de investigación empleadas y se relata brevemente el trabajo de campo realizado. El cuarto apartado, se centra en las modalidades de atención y cuidado que despliegan los equipos del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo. Allí, se describen los municipios y barrios donde se trabaja, se reconstruye brevemente la historia de los dispositivos, y se detallan las características de los equipos y su labor cotidiana (prácticas, actividades y metodología de trabajo), con el objetivo de dar cuenta de las conquistas, limitaciones y desafíos de estos dispositivos en tanto puesta en práctica local del *modelo de abordaje integral territorial* de la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) de la Sedronar. Por último, el capítulo concluye con algunas reflexiones a modo de comentarios finales.

2 POLÍTICAS DE ATENCIÓN Y CUIDADO A PERSONAS QUE HACEN USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ARGENTINA. UN RECORRIDO HISTÓRICO.

2.1 Higienistas, policías y “toxicómanos” (fines siglo XIX – 1960)

La construcción social del “problema de la droga” en Argentina data de principios del siglo XX y fue fruto, principalmente, del esfuerzo mancomunado de la institución policial y médicos higienistas que respondieron a las preocupaciones de una élite moral obsesionada con el desorden y la “insalubridad criminalidad” (Salessi, 1995; Tiscornia, 2000). En este contexto, la “toxicomanía” fue caracterizada como una aflicción con propensiones delictivas por lo que la suerte de “toxicómanos” y “narcotizantes” no fue diferente a la de los “vagos”, “mendigos”, “alcohólicos” y “homosexuales” (Weissmann, 2005). Considerados portadores de una especie de “estado de peligrosidad”, se trataba de personas que estuviesen o no cometiendo un delito, era preciso encerrar y aislar para evitar el contagio por imitación o sugestión y, de este modo, neutralizar la amenaza que suponían para la sociedad. La policía contaba, para ello, desde 1921 con un Gabinete de Toxicología. Sin embargo, más allá de una ley que reglamentaba el ejercicio de la farmacia y una ordenanza que limitaba la importación y prohibía la venta libre de medicamentos que contuvieran opiáceos, cannabis o cocaína, no existían normativas que regularan el flujo de estas sustancias (Corbelle, 2019).

Fue recién a principios de la década de 1920, que médicos higienistas, la policía y la prensa escrita desarrollaron una incansable campaña para suplir este vacío legal, donde se percibe la influencia de la legislación regional y las convenciones internacionales. Así, pese a que la toxicomanía no era considerada un problema sanitario ni social relevante en Argentina, se sancionaron en 1924 y 1926 las

primeras leyes penales en la materia. No obstante, pese a demandas reiteradas de ciertos sectores de la corporación médica, no se crearon dispositivos de atención específicos (Corbelle, 2019).

2.2 El modelo represivo-terapéutico (1960-1982)

Las primeras respuestas terapéuticas en Argentina datan de las décadas de 1960 y 1970, años en que no sólo se difunde el consumo de sustancias psicoactivas entre la juventud de clase media (Manzano, 2014), sino que aumentan significativamente las detenciones a artistas, estudiantes universitarios y jóvenes *hippies* que hacían uso de anfetaminas y marihuana. Ello así porque, si bien la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966-1970) había introducido una reforma del Código Penal, donde – en línea con la Convención Única de Estupefacientes (1961) – no se penaba la tenencia para consumo, esta iniciativa había sido secundada por una reforma del Código Civil, donde se permitía la declaración de inhabilitación y la internación compulsiva de los “toxicómanos”. Además, se facultaba a la policía a detener usuarios/as y derivarlos a un centro de tratamiento sin necesidad de tener orden previa del juzgado o contar con la presencia de un médico para evaluar el estado del supuesto intoxicado; en tanto que, los jueces podían ordenar, tras el análisis de un médico legista, la internación compulsiva de los “toxicómanos” por el tiempo que el personal de salud estimase necesario (Corbelle, 2019).

En este contexto surgen, entonces, las primeras instituciones abocadas al abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, a saber: el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) creado, en 1966, en el marco de la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; el CEPRETOX, que resultó de un convenio firmado, ese mismo año, entre dicha cátedra y la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social; el Servicio de Toxicomanías del Hospital José T. Borda, primera institución en ofrecer servicios de internación; y el CENARESO, cuya creación fue alentada por la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON)⁶ en el marco de un movimiento internacional promovido por la Organización de Naciones Unidas que fomentaba el establecimiento centros asistenciales y de investigación en materia de adicciones. De esta época también datan otras importantes iniciativas de la sociedad civil conocidas como “comunidades de vida”.

En lo que respecta al FAT y el CEPRETOX ofrecían, aunque desde diferentes enfoques, tratamientos ambulatorios. El primero, desde la sociología crítica, proponía problematizar el significado social del consumo de sustancias; mientras que, el CEPRETOX adoptó un enfoque psiquiátrico-toxicológico. El Servicio del Hospital Borda y el CENARESO, en cambio, ofrecían servicios de internación. En el Hospital Borda se combinaban aspectos psiquiátricos con la implementación de actividades recreativas; en tanto que, el CENARESO brindaba asistencia

6. Primer organismo nacional en reunir en su seno funciones preventivas, asistenciales y represivas.

integral desde un enfoque psico-socio-cultural. Esto es, servicios de diagnóstico, tratamiento ambulatorio e internación y, en las etapas finales del tratamiento, un proceso de resocialización (Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Levin, 2013; Touzé, 2006). No obstante, como ocurría en el Servicio del Hospital Borda, la internación adquiría con frecuencia un carácter obligatorio (Weissmann, 2005). De hecho, en el Hospital, si bien se hablaba de terapias novedosas y pregonaba el trabajo grupal y la horizontalidad, en la práctica se recibían personas – en su mayoría jóvenes usuarios de marihuana – derivadas por las fuerzas de seguridad y el sistema judicial en contra de su voluntad. De modo que, con la creación de estas instituciones podría decirse que se pusieron finalmente en funcionamiento en plena década del setenta aquellos ansiados “laboratorios vivos” de principios de siglo, donde un público cautivo era observado por profesionales de diversas disciplinas con el objetivo de desentrañar las causas de la “adicción” y realizar recomendaciones al poder político (Corbelle, 2019; Levin, 2013).

Por último, en cuanto a las “comunidades de vida”, se trataba de iniciativas de fuerte impronta religiosa y organizadas alrededor de la figura de “ex-adictos”, que proponían un proyecto terapéutico alternativo a la atención en hospitales psiquiátricos guiado por la máxima de la “recuperación de la vida correcta” (Galante *et al.*, 2013; Touzé, 2006). En 1982, algunas de ellas se constituirían en el Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones “Programa Andrés”, primera comunidad terapéutica (CT) de Argentina.

2.2.1 La campaña anti-subversiva

Al promediar la década del setenta, en línea con el nuevo discurso de la “seguridad nacional”, el modelo terapéutico-represivo adquirió ribetes de “campaña anti-subversiva”. En 1974, se sancionó la Ley nº 20771, que estableció que el control del tráfico y consumo de drogas era un asunto de seguridad y defensa nacional y aumentó las penas y conductas incriminadas. La tenencia de estupefacientes para uso personal fue nuevamente penada y se incluyó la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” a las personas dependientes (Corda, Galante y Rossi, 2014; Corbelle, 2019). Para ello se creó, en 1979, el Centro de Recuperación de Toxicómanos en la Unidad Penitenciaria N°1 del Servicio Penitenciario Federal (Touzé, 2006).

El saldo de esta política fue el hostigamiento y persecución policial, la criminalización y el encarcelamiento de jóvenes usuarios. Ello hizo de la sustitución de este paradigma represivo un tema en la agenda de importantes referentes de los derechos humanos durante los últimos años de la dictadura cívico-militar (1976-1983) y los primeros años del gobierno democrático.

2.3 El retorno a la democracia (1983-1988)

En los años ochenta, con el retorno de la democracia y a contrapelo del clima de intolerancia reinante, se propusieron desde los diferentes poderes del estado medidas alternativas al paradigma vigente. En la Cámara de Senadores se consensuó un proyecto de ley de avanzada que despenalizaba la tenencia y cultivo para consumo personal y dejaba asentada la necesidad de contar con consentimiento para iniciar un tratamiento (Corbelle, 2019); entretanto, la Corte Suprema de Justicia de la Nación declaraba en 1986 inconstitucional la penalización de la tenencia para consumo y el Poder Ejecutivo Nacional reemplazaba a la CONATON por la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD), que abandonó el enfoque represivo de su antecesora en favor de una perspectiva educativo-sanitaria.

En este sentido, la CONCONAD no sólo subvencionó investigaciones e implementó programas educativos, de prevención y capacitación que consideraban al usuario no ya como un delincuente sino como un joven cuyo entorno estaba en crisis y al que había que facilitarle los medios necesarios para su curación y reinserción social; sino que también, incorporó a su estructura institucional un comité asesor conformado por ONG que trabajaban en la temática. Además, estas organizaciones comenzaron a recibir subsidios para trabajar en prevención y/o tratamiento de las “adicciones” y se otorgaron becas de formación en el Pogetto Uomo (modelo italiano de CT), con el objetivo de profesionalizar la oferta asistencial, en un momento en el cual en organismos y foros internacionales comenzaba a valorar la participación de las ONG en la prevención y tratamiento (Aureano, 1998; Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Levin, 2013; Touzé, 2006).

Como resultado de estas políticas, en esos años proliferaron las ONG especializadas y, en 1986, se creó la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas (Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Garbi, 2012; Touzé, 2006).

2.4 La Sedronar (1989-2007)

A fines de los ochenta, la política de drogas comenzó a modificarse producto de una serie de condicionamientos externos que se conjugaron con la difícil situación económica que el país transitaba (Corbelle, 2019). Estos cambios cristalizaron en el gobierno de Carlos Saúl Menem en la sanción de la actual Ley nº 23737 (1989), que aumentó las penas y las conductas tipificadas como delito, y en la creación de la Sedronar, que inauguró una nueva etapa en materia de abordaje de las “adicciones” en la que dominaron los discursos preventivos y las políticas asistenciales de cuño represivo ligadas a la persecución del “narcotráfico”. En materia preventiva, las campañas adoptaron un tono de advertencia para quienes nunca habían

consumido y de amenaza de ser alcanzados por la ley penal a quienes lo hacían; mientras que, en lo asistencial se procuró facilitar la rehabilitación de personas que, carentes de recursos, no podían acceder a un tratamiento. Cabe recordar que, hasta ese entonces, las internaciones en el sector público se efectuaban únicamente en los hospitales psiquiátricos y el CENARESO (Camarotti, Jones y Di Leo, 2017; Corda, Galante y Rossi, 2014; Garbi, 2012; Touzé, 2006).

A tal efecto, se creó a tono con las políticas neoliberales de la década – basadas en la planificación descentralizada, la privatización y reestructuración administrativa de los servicios sociales y la focalización del gasto social –, el Programa de Subsidios para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales, más conocido como becas de la Sedronar. El Programa, que se encuentra aún vigente, tiene alcance nacional y consiste en el subsidio a personas de bajos recursos económicos para que efectúen tratamientos en ONG conveniadas, en tanto que la Secretaría, a través del CEDECOR, presta el servicio de atención y diagnóstico, define la modalidad de tratamiento, posee consultorios externos y, en caso de requerirse un tratamiento residencial, es la encargada de realizar las correspondientes derivaciones a ONG conveniadas que operan, en su mayoría, con el modelo de comunidad terapéutica.

El financiamiento de los tratamientos mediante el régimen de becas, la ayuda financiera a los centros asistenciales, el aumento de la demanda de tratamientos por derivación judicial, producto de la aplicación de las “medidas de seguridad curativas” previstas por la ley penal, y la obligación impuesta a las obras sociales y los servicios de medicina prepaga, en 1995 y 1996 respectivamente, de prestar tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas que dependen física o psíquicamente del uso de estupefacientes, contribuyeron al crecimiento de la oferta asistencial existente.⁷ Estas instituciones, públicas y privadas, fueron adoptando distintos modelos de atención, modalidades de tratamiento y formas de trabajo, pero, en su mayoría, las respuestas se enmarcaron en el paradigma abstencionista de atención de los consumos problemáticos.

De hecho, el abstencionismo fue el único enfoque existente hasta mediados de los 90, cuando la expansión de la epidemia del VIH/Sida dejó al descubierto su incapacidad de hacer frente a las problemáticas de los/as usuarios/as de sustancias psicoactivas por vía inyectable. Por ese entonces, comenzaron a surgir en Argentina los primeros programas de reducción de daños (PRD) que, partiendo de la

7. Esto llevó a la Sedronar a elaborar junto al Ministerio de Salud normas mínimas de habilitación y, luego, de categorización de los centros, así como la creación de programas básicos de tratamiento. Estas normas fueron, al poco tiempo, redefinidas y ampliadas por otras resoluciones y, más recientemente, en un esfuerzo por adecuar la oferta asistencial a los lineamientos establecidos por la Ley de Salud Mental (2010) y el Plan Integral para el abordaje de Consumos Problemáticos (2014). No obstante, al no ser normas vinculantes su incumplimiento supone, como máximo, la pérdida del convenio con la Secretaría.

premisa de que el abandono del uso no siempre era posible ni deseado, brindaron información, promovieron la adopción de prácticas de cuidado de sí y de consumo seguras y fomentaron la participación de los/as usuarios/as como promotores/as reductores/as de daños y su organización en defensa de sus derechos como ciudadanos/as (Inchaurraga *et al.*, 2003; Touzé *et al.*, 1999). No obstante, si bien los PRD crecieron con el correr de los años, no se logró desarrollar planes y programas de alcance nacional, quedando las acciones a cargo de ONG, universidades y municipios con financiamiento internacional (Corda, Galante y Rossi, 2014).

A principios del 2000, la expansión del “paco”⁸ entre niños, niñas y adolescentes dejó nuevamente al descubierto las falencias de la oferta asistencial dando lugar a la conformación de grupos de mujeres conocidas como “Madres contra el Paco”. Estas mujeres se organizaron para reclamar al Estado un mayor control de la oferta en los barrios, pero sobre todo mejoras en materia asistencial. Esto se tradujo, en la mayor parte de los casos y en línea con el modelo de intervención dominante, en demandas concretas de incremento de los tratamientos residenciales y en la férrea defensa de instrumentos de la justicia penal y civil (i.e. “medidas de seguridad curativa” y la denominada “protección de persona”⁹), cuestionados por otros sectores, como recursos que facilitaban el acceso a la asistencia sociosanitaria (Corda, Galante y Rossi, 2014; López Bouscayrol, 2017). Como respuesta a sus demandas, en la Ciudad de Buenos Aires, se creó el Plan de Atención Integral sobre Consumo y Dependencia de PBC y se abrieron los Centros de Asistencia Social en Adicciones (CASAS).

2.5 Un nuevo paradigma en materia de atención de los consumos problemáticos

A fines de la década del 2000, en el marco de la revisión de las metas fijadas en la Sesión Especial sobre Drogas de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) de 1998, las demandas de reforma a las actuales políticas de drogas y las propuestas alternativas respetuosas de los derechos humanos y basadas en la evidencia ganaron peso en la región. En Argentina, en particular, se desarrolló un debate en torno al modelo de intervención estatal vigente impulsado por diversas organizaciones de la sociedad civil que lograron el respaldo de sectores de los poderes ejecutivo, legislativo, y judicial (Corbelle, 2019). En este sentido, se creó en 2008, en el seno del Poder Ejecutivo Nacional, el Comité Científico Asesor en

8. Cuando los/as usuarios/as dicen fumar ‘pasta base’, o paco, en general, están haciendo referencia a tres tipos distintos de sustancias: la primera, más conocida como crack, que procede de la mezcla de clorhidrato de cocaína con bicarbonato de sodio; la segunda es la pasta extraída luego del proceso de maceración de las hojas de coca (mezclada con sustancias de corte); y la tercera, conocida como paco, consiste en los residuos que dejaría el proceso de elaboración de clorhidrato de cocaína (TNI, 2006).

9. Facultad prevista en el artículo 482 del antiguo Código Civil de internar personas en establecimientos con orden judicial, por disposición de la autoridad policial o de sus familiares. A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental este mecanismo de internación involuntaria quedó en desuso.

Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja. El Comité, apoyaba, entre otras cuestiones, la despenalización de la tenencia para consumo, y promovía enfoques alternativos para el abordaje de los consumos problemáticos. Al año siguiente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación declaró la inconstitucionalidad de la penalización de la tenencia para consumo; y, entre 2010 y 2011, se presentaron diversos proyectos de reforma integral a la ley de drogas en el Congreso de la Nación (Corbelle, 2019).

Ese mismo año se sancionó, la Ley Nacional de Salud Mental (2010). Esta ley fue un hito en la materia no sólo porque reconoció a las “adicciones” como parte integrante de las políticas de salud mental y a las personas usuarias como sujetos de derecho; sino porque, además, implicó un viraje en el modelo de atención desde una lógica asistencial y curativa hacia otra comunitaria y preventiva con eje en la protección de derechos y la promoción de lazos sociales. En este sentido, se caracterizó a la internación como un recurso terapéutico excepcional, se jerarquizaron las modalidades de abordaje interdisciplinario e intersectorial y en el decreto reglamentario, se enumeró dentro de los “servicios de salud” la reducción de daños (Corda, Galante y Rossi, 2014). Poco tiempo después, tuvo lugar otra importante modificación en el marco normativo con la sanción, en 2014, del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos de Drogas (IACOP). Entre sus aportes, se destaca la introducción de una mirada amplia respecto a los consumos problemáticos y de una impronta comunitaria y de inclusión social tomando como puntos de intervención prioritaria los sectores con mayores niveles de vulnerabilidad. Pare ello, se proponía la creación de centros comunitarios y dispositivos de integración educativos y laborales. No obstante, esta ley nunca fue reglamentada.

La Sedronar no permaneció ajena estos cambios. A principios de 2014, se inició un proceso de readecuación de sus objetivos y estructura organizativa, circunscribiendo su actividad a las funciones de prevención, capacitación y asistencia y quitando de su órbita las tareas relacionadas a la lucha contra el narcotráfico, que fueron transferidas al Ministerio de Seguridad (Decreto nº 48/14). Más aún, ese mismo año, la Secretaría brindó reconocimiento y financiamiento, mediante un programa de subsidios, a diferentes experiencias de abordaje comunitario llevadas adelante por organizaciones eclesiales y sociales como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (Resolución nº 266/14)¹⁰ y desde la Presidencia de la Nación se presentó el Programa de Fortalecimiento para el Tratamiento de

10. Algunas de estas y otras experiencias han sido sistematizadas por Capriati *et al.* (2015), con el objetivo de ampliar y fortalecer el *modelo de abordaje integral comunitario* construido por Camarotti y Kornblit (2015). Este modelo de abordaje se caracteriza por tomar en cuenta el contexto social, cultural y económico en que se dan las prácticas de consumo, priorizar la prevención inespecífica y la promoción de la salud a nivel grupal, promover la integralidad, estimular la participación comunitaria, buscar la reducción de los riesgos que acompañan al consumo y la transformación de las condiciones que lo favorecen o facilitan, trabajar desde un enfoque transdisciplinario y multisectorial y con las redes que componen el entramado social, y actuar de manera descentralizada en los espacios sociales donde se desarrolla la vida cotidiana y en proximidad con las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático.

Adicciones Recuperar Inclusión (PRI), con fuerte énfasis en la participación e integración comunitaria, cuya ejecución quedó a cargo de la Secretaría. En los años siguientes, bajo los lineamientos del PRI y del “nuevo paradigma de la salud social” formulado por el entonces secretario de la Sedronar (Ferreyra, 2019), se crearon cuatro nuevos dispositivos: las Casas Educativas Terapéuticas (CET), los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CePLA), los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), y el Programa de Apoyo a la Integración Socio-Laboral (PAIS).

Las CET fueron pensadas como dispositivos de integración comunitaria para la atención y tratamiento de personas que se encontraban en situación de consumo problemático. Estos dispositivos proponían un abordaje integral que involucraba a diferentes sectores y colectivos sociales y, tenía por objetivo, además de ofrecer atención y tratamiento, promover la inserción educativa, la formación e inserción laboral y la participación en actividades artísticas, culturales, deportivas y recreativas, en pos de la construcción de un proyecto de vida saludable (Sedronar, 2014a). Los CePLA, en cambio, – y de manera complementaria – eran dispositivos de prevención y contención abiertos a la comunidad, aunque especialmente destinados a jóvenes entre los 12 y los 24 años en situación de vulnerabilidad. La propuesta se materializaba en actividades de recreación, formación y concientización así como en el acompañamiento personal. Su principal objetivo era constituirse en “lugares de pertenencia” para, desde allí, generar herramientas para la construcción y el fortalecimiento de un proyecto de vida a través de un proceso de empoderamiento personal y comunitario (Sedronar, 2014b).

Los PEC, a diferencia de las CET y los CePLA, operaban bajo un modelo de abordaje comunitario y tenían como objetivo fortalecer actores y organizaciones locales para el desarrollo de tareas de prevención, asistencia y acompañamiento en sus comunidades. Para ello, se establecieron *equipos operativos* conformados por referentes locales y referenciados en espacios comunitarios accesibles en diferentes puntos del país que eran asistidos por organizaciones locales, recibían el apoyo técnico de la Secretaría, y se encontraban articulados en una Red Federal (Sedronar, 2015).

En lo que respecta al PAIS, su objetivo era promover la integración de jóvenes, de 16 a 24 años, que hubieran sido atendidos por consumo problemático y se encontraran desempleados, mediante el desarrollo de una estrategia terapéutica basada en el trabajo, la educación y la recreación que les permitiera construir un proyecto de vida saludable. Para ello, se proponía el desarrollo de actividades de trabajo terapéutico (en artes, deporte u oficios) complementadas por otras educativas y recreativas y la creación de un sistema de “ingreso estímulo” para sostener la participación de los/as jóvenes que formarían parte del Programa (Resolución nº 204/15).

2.5.1 Algunos cambios

A fines de 2015, con el cambio de gobierno, el país se realineó en el plano internacional con las posturas prohibicionistas y su retórica belicista de combate al narcotráfico. Esto se tradujo, en el ámbito local, en una serie de medidas de carácter punitivo y sumamente regresivas destinadas a “erradicar de narcotráfico” que se conjugaron, en línea con un remozado prohibicionismo, con medidas respetuosas de los derechos humanos en materia de ayuda socio-sanitaria a los/as usuarios/as (Argentina, 2016).

En este marco, las CET, los CePLA y el PAIS se reconfiguraron en el denominado Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (Resolución nº 150-E/17); y en diez PEC se llevó a cabo una experiencia piloto con la metodología de Tratamiento Comunitario. Sin embargo, pese a la existencia de continuidades en lo que hace a infraestructura, recursos humanos, y experiencia acumulada, se perciben notables diferencias entre las propuestas institucionales. De hecho, la nueva gestión de la Secretaría caracterizó la “herencia” como problemática y realizó una intensa labor de capacitación con el objetivo de adecuar el trabajo en los dispositivos al modelo de abordaje propuesto por la DNAE con eje en la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos y la inclusión social como procesos potencialmente terapéuticos (Astolfi Romero *et al.*, 2019; Sedronar, 2017b).

3 LOS DISPOSITIVOS DE ABORDAJE TERRITORIAL DE LA SEDRONAR

3.1 Las iniciativas territoriales en contexto: acceso, marco legal y oferta asistencial

El marco legal actualmente vigente en Argentina es sumamente contradictorio. Por un lado, la Ley nº 23737 – esto es, la ley de drogas –, contempla la aplicación de “medidas de seguridad curativas” a “personas dependientes” como complemento de la encarcelación, sustituto de la pena o alternativa al proceso, pudiendo reimponerse la pena o reanudarse el proceso en caso de incumplimiento. Es decir, admite la posibilidad de someter por vía judicial a una persona a un tratamiento compulsivo de desintoxicación y rehabilitación por tiempo indeterminado.¹¹ Por otro lado, desde la sanción de la Ley de Salud Mental (2010) y posterior sanción del Plan IACOP (2014), tanto el inicio como la permanencia de las personas en un tratamiento son voluntarios, por principio rige el consentimiento informado y las personas tienen derecho a tomar decisiones relacionadas a su atención y tratamiento. En esta línea, la internación involuntaria es concebida, en la Ley de Salud Mental y el Código Civil y Comercial de la Nación (2015), como un recurso terapéutico excepcional – esto es, en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios.

11. Históricamente, esta demanda de atención por derivación judicial ha sido receptada por centros residenciales conveniados con la Sedronar, que operan bajo la modalidad de CT.

Es más, sólo puede realizarse cuando a criterio del equipo de salud exista una situación de *riesgo cierto e inminente para sí o para terceros*, debe extenderse por el tiempo más breve posible y ser supervisada periódicamente.

Este mosaico legal se entrelaza, a su vez, de manera compleja con la oferta asistencial. En Argentina, tienen injerencia en esta materia diferentes poderes y sectores del estado, a saber: el sistema de salud, la Sedronar, el Poder Judicial y en algunos casos desarrollo social. En lo que respecta al sistema de salud está conformado por tres subsectores interrelacionados: el privado, compuesto por prestadores individuales y empresas de medicina prepaga, al que accede la población de altos y medianos ingresos; las obras sociales, que cubren la atención de los trabajadores a través del seguro de salud que proveen los sindicatos de cada rama; y el público, gratuito y disponible para todas las personas – pero especialmente destinado a la atención de quienes no tienen acceso a los otros subsectores – que se encuentra organizado en distintos ámbitos: nacional, provincial y municipal (Corda, Galante y Rossi, 2014; Touzé, 2006).¹²

En cuanto a la oferta del sector privado, prevalece la contratación de servicios de terceros que brindan principalmente tratamientos ambulatorios bajo la modalidad de consultorio externo, centros de día y noche. Las internaciones breves para desintoxicación se realizan en centros y clínicas psiquiátricas o polivalentes; y, en el caso de requerirse un tratamiento residencial, la opción más frecuente son las comunidades terapéuticas. En cuanto al sector público, a los servicios que brinda el sistema de salud en hospitales generales, hospitales monovalentes, centros de salud mental, centros de atención primaria de la salud y centros de día, se suman la oferta asistencial de la Sedronar, en algunos casos dispositivos dependientes de desarrollo social y también dispositivos especializados dependientes de los estados provinciales y municipales. Este sector, al igual que el privado, se caracteriza por la fuerte predominancia de los tratamientos ambulatorios que se ofrecen mayormente bajo la modalidad de consultorio externo y hospital de día tanto en establecimientos específicos para el tratamiento de los consumos problemáticos (hospitales especializados en salud mental y/o consumos problemáticos, centros de salud mental, centros de día, dispositivos en unidades penitenciarias, municipales y provinciales, etc.) como en establecimientos polivalentes (hospitales generales, centros de atención primaria de la salud, centros de integración comunitaria, etc.). En lo que respecta a los servicios de internación, existen programas de desintoxicación en algunos pocos hospitales generales y en hospitales monovalentes donde se atienden urgencias y realizan internaciones breves para trabajar momentos de crisis; mientras

12. De acuerdo a los datos del último Censo Nacional de Centros de Tratamiento realizado por el Observatorio Argentino de Drogas (2018), el 71% de los centros censados pertenece al sector público, el 13% al privado y el 4% es de gestión mixta. Independientemente del sector al que pertenecen, el 71,4% de ellos se concentra en las provincias de Buenos Aires (51%), Córdoba (9%), Ciudad de Buenos Aires (7%) y Santa Fe (5%).

que, la oferta de tratamientos residenciales a largo plazo se reduce a la brindada por los hospitales especializados en salud mental y/o consumos problemáticos (sobre todo para personas con comorbilidad psiquiátrica) y por ONG financiadas por el sistema de becas de la Sedronar (y en menor medida becas provinciales), que operan en su mayoría bajo el modelo de CT (OAD, 2018).

No obstante, este abanico de respuestas terapéuticas, como vimos, se ha ampliado en los últimos años, con el surgimiento de abordajes territoriales, integrales y comunitarios, que brindan tanto los dispositivos de abordaje territorial de la Sedronar (DIAT y DTC) como una diversidad de organizaciones sociales y eclesiales, muchas de ellas oficialmente reconocidas como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC).

3.2 El modelo de abordaje integral territorial de la Sedronar

Los dispositivos de abordaje territorial de la Sedronar se encuentran bajo la órbita de la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) dependiente de la Subsecretaría de Abordaje Integral (ver anexo C). A fines de 2019, culminando la gestión, la Dirección publicó un informe donde presentó el *Modelo de Abordaje Integral Territorial* como “guía y sustento de las acciones que implementan los dispositivos de la DNAE” (Tufró, 2019, p. 7). Allí, se define a las problemáticas de consumo desde una perspectiva relacional, esto es, “como un fenómeno plural, que tiene múltiples manifestaciones” dependiendo de las prácticas, representaciones, saberes, subjetividades, sustancias y contextos (Astolfi Romero *et al.*, 2019, p. 13). No obstante, la DNAE, siguiendo los lineamientos del Plan IACOP, priorizó en sus intervenciones a los sectores que presentan mayores niveles de vulnerabilidad social y, en particular, a los/as niños, niñas y adolescentes (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

En este sentido, la Dirección se propuso, en concreto,

“atender la singularidad de cada territorio y desentrañar los modos locales de significados dados al consumo (...) [fomentando el desarrollo, antes que de] una respuesta unívoca y lineal (...) de múltiples respuestas que atiendan a la complejidad del escenario social en cuestión. Respuestas *comunitarias* que trabajen con y desde los territorios vulnerabilizados, que resulten *accesibles* para la población que reside en ellos, y que trabajen de manera *integral* en todas las dimensiones de la vida de los sujetos” (Astolfi Romero *et al.*, 2019, p. 33).

A tal efecto, se crearon los DIAT y los DTC concebidos como “respuestas estratégicas y complementarias” y se delinearon una serie de principios rectores para guiar el abordaje, a saber: universalidad de los derechos, integralidad, reducción de vulnerabilidades, trabajo en red e intersectorialidad, accesibilidad y bajo umbral, participación social y comunitaria, perspectiva de género y enfoque intercultural (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

3.3 Los Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT)

Los DIAT son centros preventivos asistenciales de carácter gratuito y régimen ambulatorio, cogestionados por ONG, municipios o gobiernos provinciales y dirigidos a personas sin cobertura médica en situación de vulnerabilidad frente al consumo de sustancias. El objetivo principal de estos dispositivos es el abordaje integral de los consumos problemáticos orientado a generar condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos entendiendo esto como un proceso potencialmente terapéutico. Para ello, se propicia la generación de espacios de umbral mínimo de exigencia, se promueve el desarrollo de estrategias comunitarias y se contribuye al fortalecimiento de las redes territoriales, en la medida en que se comprende que “las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas otorgan las herramientas para construir proyectos propios, individuales y colectivos, que reducen el padecimiento de los sujetos que atraviesan dicha problemática” (Sedronar, 2017a, p. 2).

Los DIAT están constituidos por un equipo técnico interdisciplinario, operadores/as y docentes talleristas y se ordenan en función de tres ejes: abordaje territorial, asistencia y promoción. El eje abordaje territorial parte del reconocimiento de los aportes que pueden hacer diversas instituciones y actores con inserción en la comunidad en el diseño de estrategias para dar respuestas a la problemática. Esta planificación de estrategias abierta a la comunidad, interactoral e intersectorial requiere de un conocimiento del territorio y de la construcción de redes tanto institucionales como intersubjetivas. En este sentido, las acciones llevadas a cabo por el dispositivo se entienden como resultado de la construcción dialéctica entre una diversidad de actores locales y el equipo DIAT (Sedronar, 2017a).

En lo que respecta al eje asistencial se propone un desplazamiento del modelo abstencionista a otro que pone el foco en el límite al padecimiento, entendido este como resultado de la histórica vulneración de derechos. En otras palabras, se trata de una propuesta asistencial de carácter interactoral e intersectorial dirigida a generar acciones pasibles de constituirse en intervenciones terapéuticas en tanto posibiliten la construcción de un proyecto de vida y la inclusión comunitaria. La propuesta se encuentra organizada en “momentos” no cronológicos – i.e. primera escucha, construcción de indicadores, lectura de riesgos, diseño de estrategias, lectura de efectos –, y es conducida por el equipo interdisciplinario responsable de generar espacios propicios para el proceso de primera escucha (construcción de indicadores, lectura de riesgos y diseño de estrategias) así como de diseñar, coordinar, evaluar y, en caso de ser necesario, re-direccionar las estrategias de intervención sobre situaciones problemáticas concretas (Sedronar, 2017b).

Por último, el eje promoción y protección de derechos alberga todas aquellas iniciativas que apuntan al fortalecimiento de lazos sociales a partir de la puesta en cuestión de ciertos imaginarios comunitarios sobre los consumos y los/as usuarios/as. Se destacan en particular las propuestas formativas que son entendidas – sean culturales, deportivas, artísticas o recreativas – como un derecho inalienable y no como un medio para alejar a las personas de situaciones consideradas potencialmente riesgosas o dañinas. Es decir, se trata de acciones y actividades orientadas al reconocimiento de los/as usuarios/as como sujetos de derecho, buscando poner en juego otras miradas y discursos así como intervenir sobre supuestas “trayectorias obligadas” favoreciendo la reconstrucción del tejido social (Sedronar, 2017a).

Estas tres dimensiones no se conciben como separadas, sino que se busca desde los dispositivos abordar la integralidad de las personas desde una perspectiva de derechos conjugando, para ello, actividades comunitarias, recreativas, culturales, deportivas, de formación, trabajo y escucha interdisciplinaria.

3.4 Los Dispositivo de Tratamiento Comunitario (DTC)

Los DTC operan con la metodología de Tratamiento Comunitario, basada en el meta-modelo ECO2 (Machín, 2010; Milanese, 2016).¹³ Esto es, un “modelo para construir modelos” y una metodología que localmente dieron lugar a un dispositivo territorial de bajo umbral de acceso que tiene como norte el encuentro entre procesos comunitarios e institucionales con el objetivo de intervenir sobre diferentes situaciones de “sufrimiento social”,¹⁴ y mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de alta vulnerabilidad y sus comunidades (Sedronar, 2017b). A tal efecto, el dispositivo propone crear, visibilizar y fortalecer redes locales, en otras palabras, promover “la reorganización de los recursos comunitarios, con el fin de incrementar sus competencias en materia de prevención, contención y reducción de riesgos y daños en relación a los consumos de sustancias y otras situaciones críticas asociadas” (Tufro y Carroli, 2018, p. 3). En este sentido, la destinataria de la política pública es la *comunidad* – definida como el “conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado” (Sedronar, 2017b, p. 89) – y la unidad mínima de intervención, los sujetos (*parceros/as*)¹⁵ con sus respectivas redes.

13. Para una historia de la creación, implementación, difusión y evolución del esquema terapéutico de la metodología de Tratamiento Comunitario y el modelo Epistemología de la Comunidad/Ética y Comunitaria (ECO2), véase Machín (2010), Milanese (2016), Fergusson y Góngora (2012), entre otros.

14. Este encuentro es definido en términos de corresponsabilidad e interdependencia entre procesos de arriba hacia abajo – i.e. las políticas – y procesos de abajo hacia arriba – la participación protagónica y los productos de las comunidades –, lo que implica, siguiendo a Tufro y Carroli (2018), una coordinación de los objetivos de la metodología de TC con los lineamientos políticos de la DNAE.

15. “Parcero un término que existe en diferentes culturas y contextos geográficos. Su significado inmediato es: socio, aliado, coequipero, partner y trata de representar con una sola palabra el sentido de la relación de ayuda: (a) la persona que necesita ayuda, ya de hecho, con su necesidad, ayuda a la persona que está en condición de dar ayuda (se trata de una relación de reciprocidad, aunque el contenido de las dos relaciones pueda ser diferente)” (Sedronar, 2017b, p. 87).

Para ello, la metodología de TC distingue cinco tipos de redes del dispositivo: la *red subjetiva comunitaria* (RSC), la *red operativa* (RO), la *red de recursos comunitarios* (RRC), la *red de líderes de opiniones formales y no formales* (RLO) y la *minoría activa* (MA). La RSC está constituida por todas las personas con las cuales los/as miembros del equipo del DTC tienen relaciones amistosas. La RO, por los/as miembros del equipo, sus relaciones internas y las relaciones que mantienen con los *nodos* de la RSC que participan en la implementación de actividades del dispositivo. Por su parte, la RRC está conformada por todas las personas, organizaciones e instituciones que pueden constituirse en recursos para el TC, y las relaciones entre ellas; mientras que, la RLO está conformada por las personas con capacidad de influenciar la opinión y la conducta de los/as otros/as miembros de la comunidad y las relaciones entre ellas. Por último, la MA está constituida por los/as actores/actrices y agentes comunitarios/as que siguen desarrollando actividades e iniciativas después que el equipo se ha ido. La MA es el producto estratégico del TC, lo que todo equipo operativo debe tener como horizonte de trabajo (Milanese, 2016).

Los equipos de TC están conformados por personas con distintos perfiles (profesionales, operadoras/es, talleristas, referentes locales) y acompañados por tutores/as técnicos/as de la Sedronar. Realizan actividades de *trabajo en calle, creación, visibilización y articulación de redes locales, seguimiento de casos, y acciones de vinculación* – léase, organización y participación en actividades comunitarias¹⁶ (Sedronar, 2017b; Tufro y Carroli, 2018). Este trabajo se organiza en cinco ejes complementarios: *prevención-organización, asistencia básica y reducción de daños, educación-rehabilitación, cura médica y psicológica, y ocupación y trabajo*. El primer eje tiene por objetivo crear y organizar y, una vez creado, mantener y fortalecer el dispositivo, generando para ello modalidades de trabajo compartidas, y estableciendo algunos conceptos y finalidades mínimas. El eje *asistencia básica y reducción de daños* tiene como finalidad mejorar las condiciones de vida de las personas, desplegando para ello, entre otras, acciones de reducción de riesgos y daños. El eje *educación-rehabilitación* supone articular procesos educativos formales y no formales con el objetivo de enriquecer los conocimientos y competencias de las personas favoreciendo al mismo tiempo la ejecución de iniciativas en los demás ejes del dispositivo. El eje *cura médica y psicológica* incluye las acciones que se despliegan desde el campo de la salud física y mental para hacer frente a una situación de consumo problemático. El último eje, *ocupación y trabajo*, busca promover la integración social por medio de la creación de capacidades laborales, fuentes y oportunidades de trabajo (Sedronar, 2017b).

16. Las acciones de vinculación son uno de los principales instrumentos de trabajo del TC y pueden ser de carácter organizativo, de asistencia inmediata, de educación no formal, culturales, o a ser desplegadas en el área laboral o sanitaria (Milanese, 2016). Las acciones de vinculación "tienen un objetivo táctico: hacer de inmediato, junto con la comunidad o con alguno de sus miembros, algo que sea concretamente o simbólicamente útil para la comunidad; y un objetivo estratégico: construir y fortalecer relaciones que conduzcan la construcción de redes." (Sedronar, 2017b, p. 98).

El trabajo del dispositivo se apoya además en el Sistema Estratégico de Tratamiento (SET), una herramienta diseñada para realizar el diagnóstico de la comunidad y conocer en profundidad sus dinámicas. El SET está compuesto por ocho procesos de trabajo que se encuentran articulados y constituyen una parte central del trabajo cotidiano de los equipos, a saber: acciones de vinculación con la comunidad local y sus líderes de opinión, análisis de las buenas prácticas y de los proyectos comunitarios que han fracasado, reconstrucción de la historia de la comunidad, recolección de información sociológica, identificación y trabajo con los “temas generadores” (i.e. tópicos sobre los que habla la gente), desarrollo de estrategias de anclaje y objetivación de las representaciones sociales, comprensión de los mitos y ritos de la comunidad, y conocimiento de la lógica de los conflictos comunitarios (Milanese, 2016; Sedronar, 2017b).

El dispositivo cuenta, asimismo, con otras herramientas de registro, sistematización y evaluación del proceso que le permiten al equipo demostrar su trabajo y dar cuenta de los cambios en las condiciones de vida de las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático y sus comunidades (Sedronar, 2017b; Tufro y Carroli, 2018).

3.5 Sobre la demanda

Actualmente, hay 62 DIAT en 19 de las 23 provincias del país y en la Ciudad de Buenos Aires y 32 DTC con presencia en 13 provincias del país. La mayoría de ellos se encuentra en la provincia de Buenos Aires, principalmente en el Amba que cuenta con 15 DIAT y 13 DTC. Entre 2016 y 2019, un total de 23.298 personas consultaron en los DIAT y 4.045 personas en los DTC. El principal motivo de acercamiento a los DIAT fue realizar actividades promocionales (47%) y, luego, iniciar un tratamiento por consumo en el dispositivo (20%). En el caso de las consultas en los DTC, el 33% tuvo como objetivo obtener orientación económica, social y/o legal (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

Por otra parte, muchas de estas personas – i.e. el 48% en los DIAT y el 65% en los DTC – sufrían, al momento de la primera consulta al menos una vulneración en sus derechos. Específicamente, en los DTC el 47% manifestó problemas de accesibilidad – esto es, vulneraciones en el acceso a la educación, la salud, la documentación, el trabajo, la vivienda y programas sociales –, mientras que, en los DIAT la problemática registrada con mayor recurrencia fue la violencia (28%) que presentó un porcentaje similar en los DTC (22%). Además, un 27% de los/as usuarios/as de los DIAT y un 26% en los DTC refirieron estar atravesando situaciones de consumo problemático. Entre ellos/as, el 56% en los DIAT y el 66% en los DTC mencionó tener problemas con el consumo de alcohol. Además, en los DIAT el 50% de ellos/as usaba marihuana, el 45% cocaína y el 20% manifestó consumo problemático de pasta base o paco. En el caso de los DTC, el 35% de

las personas con consumo problemático de sustancias usaba marihuana, el 14% cocaína, un 14% refirió consumo problemático de alcohol y pastillas, y un 13% de pasta base o paco. La mayoría de estas personas eran hombres de más de 25 años, aunque también es significativo el porcentaje de niños, niñas y adolescentes (NNyA) que manifestaron experimentar esta problemática tanto en los DIAT (17%) como en los DTC (18%). Estas cifras, no obstante, puede explicarse, en parte, por la preponderancia de la población joven entre los/as usuarios/as de los dispositivos: el 65% de los/as usuarios/as de los DIAT y 57% de los DTC eran menores de 25 años, y el 38% de los/as usuarios/as de los DIAT y el 36% en los DTC, NNyA (Astolfi Romero *et al.*, 2019).¹⁷

Por último, respecto al género, el 46% de las personas que consultaron en los DIAT fueron mujeres y el 53% varones, y en los DTC el 52% mujeres, el 47%, varones y un 0,3% refirió otra identidad de género.

4 METODOLOGÍA

La investigación que aquí se presenta es resultado del trabajo de campo de carácter etnográfico desarrollado, entre septiembre y noviembre de 2019, en dos dispositivos de abordaje territorial de la Sedronar: el DIAT JA y el DTC BC, emplazados en municipios¹⁸ aledaños en la zona norte del Amba. El trabajo de campo se organizó en tres etapas (exploratoria, trabajo de campo en territorio y sistematización y análisis de datos) y combinó diferentes técnicas: observación participante, realización de entrevistas abiertas y en profundidad y relevamiento de material documental y fuentes secundarias.

Durante la etapa exploratoria predominaron las tareas de relevamiento documental y las conversaciones formales y entrevistas con funcionarios y empleados de la Sedronar. Se consultaron resoluciones, manuales, documentos, boletines estadísticos e informes de la Sedronar, se recabó y sistematizó información proveniente de diferentes fuentes sobre los municipios y barrios en donde se encuentran

17. Es importante aquí tener presente que, de acuerdo con un reciente estudio del OAD (2017), únicamente el 8,3% de la población entre 12 y 65 años hizo uso de alguna sustancia psicoactiva ilícita en el último año, mientras que el 68% refirió haber consumido alcohol y el 31,3% tabaco. Entre las sustancias psicoactivas ilegales, se destaca el consumo de marihuana (7,8%), seguido del consumo de cocaína (1,5%), tranquilizantes y estimulantes sin prescripción médica (0,8%), alucinógenos (0,6%), éxtasis (0,3%), pasta base (0,1%) e inhalables (0,1%). En lo que respecta al género el estudio indica que el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y demás drogas ilícitas es significativamente mayor entre los varones. En cuanto a los grupos de edad, las tasas más altas de consumo de tabaco se encuentran entre las personas de 18 y 49 años con porcentajes cercanos al 35%. En el caso del alcohol, se observa que el mayor consumo se registra entre las personas de 18 a 24 años (78,9%) y de 25 a 34 años (73,8%), pero se registran tasas elevadas (i.e. que superan el 50%) en todos los grupos etarios. El consumo de marihuana ocurre principalmente entre las edades de 18 a 24 (15,9%) y 25 a 34 años (13,3%) y el mayor consumo de cocaína se observa entre las personas de 18 a 24 años (3%), siendo las tasas son inferiores al 2% entre los adultos de 25 a 49 años y al 0,5% entre los 12 y 17 años y entre los 50 y 65 años. Por último, el consumo de pasta base/paco no supera el 0,4% entre las personas de 18 a 14 años, el grupo etario que utiliza con más frecuencia esta sustancia.

18. La provincia de Buenos Aires se divide territorial y administrativamente en municipios también denominados partidos. Los partidos se encuentran divididos en localidades, una de las cuales es sede del gobierno municipal y suele llevar el mismo nombre que el partido.

emplazados estos dispositivos,¹⁹ y se realizó una búsqueda bibliográfica de ponencias, artículos e informes producidos sobre los DIAT y los DTC. Se mantuvo, asimismo, una conversación formal con la directora nacional de Abordaje Estratégico y la coordinadora de Estrategias de Abordaje de la Sedronar, con quienes se consensuó los dispositivos en que se llevaría a cabo la pesquisa,²⁰ y se realizaron entrevistas abiertas y en profundidad a la tutora técnica del DIAT JA y el tutor técnico del DTC BC. Además, se participó de una jornada de capacitación para los equipos de Tratamiento Comunitario de todo el país que tuvo lugar los días 17 y 18 de septiembre en la sede central de la Sedronar.

La segunda etapa consistió en la realización de trabajo de campo en el DIAT JA y en el DTC BC. El trabajo de campo en el DIAT JA se llevó a cabo entre fines de septiembre y mediados de octubre. El DIAT JA, a diferencia de la mayor parte de los DIAT, no posee edificio propio por lo que esto implicó la observación participante de las actividades del equipo de trabajo en los espacios – sedes y *bases seguras* – que posee el dispositivo en diferentes barrios del municipio. Concretamente, se participó durante dos semanas de los espacios de escucha y acompañamiento que se desarrollan en el Centro de Referencia (CDR) y en los consultorios del Centro de Prevención de las Adicciones (CPA),²¹ en el centro del municipio, así como en las tres *bases seguras* del dispositivo emplazadas dos de ellas en localidades del municipio, y la tercera en Villa Ombú en un partido vecino. Además se participó de las clases del nivel I y II del curso de capacitación en prevención de los consumos problemáticos y promoción de la salud que dictaban miembros del equipo DIAT para titulares del Programa Hacemos Futuro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.²² La participación en estos espacios estuvo acompañada del registro de la metodología de trabajo, las prácticas, las actividades y los modos de intervención del equipo frente a casos y demandas puntuales así como de la realización de entrevistas y conversaciones formales e informales, algunas individuales otras colectivas, con los/as integrantes del equipo y algunos/as usuarios/as del dispositivo.

19. Nos referimos a estadísticas sociodemográficas, publicaciones sobre la historia de los municipios e informes sobre las características y problemáticas de los barrios en donde trabajan estos dispositivos elaborados, entre otros, por el INDEC, la Sedronar, la Subsecretaría Social de Tierras, Urbanismo y Vivienda del Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos y la Subsecretaría de Política y Coordinación Económica del Ministerio de Economía del Gobierno la Provincia de Buenos Aires.

20. Los plazos, las distancias, el conocimiento previo de los municipios y la existencia de un vínculo previo con el tutor técnico del DTC BC, quien a su vez mantiene una buena relación con la tutora técnica del DIAT JA jugaron un papel central en el proceso de selección de los dispositivos. De hecho, la existencia de esta trama de relaciones no sólo facilitó el ingreso al campo; sino que, se mostró crucial para la continuidad de la investigación cuando se experimentaron algunas dificultades en la comunicación con la DNAE. En este sentido, si bien el diálogo con dicha Dirección continuó desarrollándose en términos cordiales, una vez acordada la realización del trabajo de campo en los dispositivos, no resultó posible realizar las entrevistas concertadas con la Dirección, así como tampoco la visita al DIAT Rivadavia previamente pactada.

21. Son centros especializados que dependen de la Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud y Enfermedad Física, Mental y Adicciones (SADA) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

22. Se trata de un programa nacional de ingreso social que resulta de la fusión de programas anteriores. Los beneficiarios como contraprestación deben terminar sus estudios o capacitarse en oficios. La capacitación en prevención de los consumos problemáticos y promoción de la salud resultó de una articulación entre el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la Sedronar

En lo que respecta al trabajo de campo en el DTC BC, este se llevó a cabo entre mediados de octubre y principios de noviembre. El DTC BC desarrolla sus actividades de miércoles a viernes y tiene como *base segura* la Biblioteca Popular del barrio – en adelante, la Biblioteca. De modo que, el trabajo de campo consistió en acudir a la *base segura* y acompañar las diferentes actividades que efectuó el equipo en el transcurso de esas dos semanas. Específicamente, se realizaron recorridas por el barrio, se presenciaron las reuniones semanales de equipo, se participó del Espacio de reflexión para adolescentes (ERA), y se asistió al taller de cerámica para jóvenes “La Alfarería”, que acompañan integrantes del equipo del DTC para propiciar espacios de escucha y diálogo. En este marco, se conversó con las cuatro integrantes del equipo Sedronar, con algunos/as jóvenes que asisten a estos espacios y con vecinas y otras personas que acuden y/o trabajan en la Biblioteca, especialmente, con los/as responsables de la programación y docentes del centro juvenil, dentro del cual se incluyen las actividades del DTC. Pero además, gran parte de la labor semanal estuvo signada por la organización del festival temático de fin de año de la Biblioteca donde los diferentes espacios y talleres muestran su trabajo. Este año la temática escogida fue “derechos” y desde el ERA se propuso una batalla de *freestyle*. Esto implicó participar y colaborar en el diseño del proyecto y acompañar una volanteada por el barrio. Al igual que en el transcurso del trabajo de campo en el DIAT JA, la participación en estos espacios estuvo acompañada del registro de la metodología de trabajo, las prácticas, las actividades y los modos de intervención del equipo frente a casos y demandas puntuales.

Por último, la tercera etapa de trabajo fue de sistematización y análisis tanto de los datos recabados y producidos durante la etapa exploratoria – i.e. relevamiento de material documental y fuentes secundarias, conversaciones, entrevistas y observación participante en las jornadas de capacitación de TC – como de aquellos recabados y producidos durante el trabajo de campo en los dispositivos: notas de campo, conversaciones, entrevistas y planillas de registro y sistematización e informes producidos por los equipos de trabajo.

5 LAS MODALIDADES DE ATENCIÓN Y CUIDADO A PERSONAS EN SITUACIÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN EL DIAT JA Y EL DTC BC

5.1 EL DIAT JA

5.1.1 Características socio-demográficas del partido

El DIAT JA está ubicado en el partido homónimo, situado en el norte del Amba. Según el *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010* (Indec, 2010), el partido cuenta con una población de 163.240 habitantes, lo que lo convierte

en el menos poblado del Gran Buenos Aires (GBA).²³ El 23,6% de esta población son NNyA de 0 a 14 años, y el 16,8% adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, esto es, una población relativamente joven con cifras cercanas a las que se registran en promedio en el GBA.

La población del partido está expuesta a muy heterogéneas condiciones de vida. Esto se expresa en altos niveles de polarización en el acceso a los servicios, así como en la distribución del ingreso. De hecho, de acuerdo al Censo de 2010 (Indec, 2010), el 9,2% de los hogares registra al menos un indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).²⁴ No obstante, la disparidad en cuanto al nivel socioeconómico no presenta una distribución espacial azarosa en el municipio. Como señala un reciente estudio sociodemográfico, el corredor norte de nivel socioeconómico alto, que se inicia en el norte de la CABA y continúa en el Amba, se adentra, pero se discontinúa en Juana Azurduy, donde emergen importantes zonas de nivel socioeconómico bajo (Chiara, 2019).

Los datos aportados por este estudio se condicen con el Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios (RPPVAP), donde se contabilizan actualmente en Juana Azurduy un total de 23 villas y asentamientos precarios, ubicados en su mayor parte en la zona oeste y noroeste del municipio. En estos barrios, de acuerdo con el Censo 2010 (Indec, 2010), el porcentaje de personas entre 0 y 14 años asciende a 34,5%, 3 de cada 10 hogares se encuentran hacinados y el 24,48% presenta NBI.

5.1.2 Historia y características del dispositivo

En el partido de Juana Azurduy el DIAT sustituyó al CePLA que antes funcionaba en el municipio y comenzó a operar bajo los lineamientos del *modelo de abordaje integral territorial* de la DNAE. Sin embargo, la creación del DIAT JA no implicó únicamente un cambio en los objetivos o en el modelo de abordaje adoptado; sino que, al menos en este caso, fue además resultado de un proceso más amplio de reestructuración – i.e. cierre y traslado de los equipos – de los seis dispositivos hasta entonces existentes en el segundo cordón de la zona norte del Amba. Es así que, entre los actuales integrantes del equipo del DIAT JA, que abrió formalmente sus puertas en julio de 2017, quienes tienen mayor antigüedad proceden de equipos de la zona, pero no del equipo del CePLA que funcionaba anteriormente en el municipio.

23. El GBA comprende a la Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos de la Provincia de Buenos Aires.

24. Son aquellos hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores: una vivienda de tipo precaria, no tienen ningún tipo de retrete, viven más de tres personas por cuarto, hay algún/a niño o niña en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela, y, por último, hay cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, el/la jefe/a no ha completado tercer grado de escolaridad primaria.

El DIAT JA se caracteriza por no tener edificio propio. En este sentido, el primer espacio que consiguieron gestionar en el municipio fue en el Centro de Referencia (CDR),²⁵ una edificación ubicada en la zona céntrica del partido, que alberga oficinas de diferentes dependencias y programas del estado nacional. Allí, el DIAT comparte con empleados del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación un sector de atención al público y con la Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) una minúscula oficina, que utilizan para mantener conversaciones privadas. Las características edilicias del CDR han llevado a que el DIAT ordene su trabajo únicamente en torno a dos ejes: abordaje territorial y asistencia. Por otra parte, la ubicación y horario de atención del CDR (9 a 14hs), de escasa accesibilidad para los sectores de más bajos recursos que residen en zonas alejadas del centro, ha empujado al equipo a construir *bases seguras* en diferentes barrios del partido. Así, a diferencia de la mayor parte de los DIAT, JA no posee un eje promocional, pero sí presencia en gran parte del municipio.²⁶

Actualmente, el equipo posee tres *bases seguras*, además del espacio en el CDR a donde acuden los miércoles de 9 a 13hs. y las oficinas que presta el Centro de Prevención de las Adicciones (CPA) local los lunes por la tarde de 15 a 18hs para cubrir el contra turno en la zona céntrica del partido. Dos de ellas están ubicadas en o próximas a las principales villas y asentamientos precarios de Juana Azurduy en el norte y oeste del municipio y abren sus puertas los martes por la tarde. La tercera está ubicada en Villa Ombú en un partido limítrofe a donde se acude los miércoles y jueves durante el mediodía y primeras horas de la tarde. Todos son Espacios de Primera Escucha (EPE) y acompañamiento.²⁷

Por otra parte, el equipo dicta el curso de capacitación en prevención de los consumos problemáticos y promoción de la salud para titulares del Programa Hacemos Futuro. El objetivo del curso es que los grupos formados puedan diseñar e implementar propuestas de abordaje comunitario. Pero además, estos espacios se constituyen en instancias de escucha y encuentro ideales para trabajar las representaciones estereotipadas del consumo de sustancias así como para desplegar estrategias

25. Los CDR son espacios de gestión que funcionan como delegaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, donde se brinda asesoramiento para facilitar el acceso a programas y servicios, se organizan talleres de capacitación e impulsan estrategias de desarrollo junto a organizaciones sociales.

26. El DIAT posee presencia en las zonas oeste, norte y centro del municipio. En el curso de estos años, el equipo intentó ingresar a dos barrios ubicados en el este y sur del municipio, pero sin resultados positivos. De hecho, en 2018 comenzó a funcionar en la zona sur un DTC, pero dadas las características del barrio – i.e. “muy cerrado sobre sí mismo”, “muy individualista” – la experiencia culminó a mediados de 2019.

27. La “primera escucha” es el proceso que habilita la construcción de un diagnóstico situacional a partir del relevamiento de aspectos observables, históricos, sociales y contextuales. Estos aspectos en su conjunto permiten construir indicadores y determinar si la persona que se acerca al dispositivo se encuentra expuesto a riesgos asociados a la práctica de consumo de sustancias, alguna situación de vulneración de derechos, violencia de género, comunitaria, institucional y/o bien a problemáticas de salud mental sin tratamiento. De este modo, se identifican aquellas situaciones que requieren de una intervención inmediata y se diseñan estrategias de abordaje singulares en función a un criterio de prioridades que darán lugar a la posterior lectura de sus efectos (Sedronar, 2017b).

de acompañamiento, asesoramiento y contención ante situaciones particulares de consumo problemático y violencia (Astolfi Romero *et al.*, 2019). El equipo, asimismo, forma parte de la mesa de instituciones que trabajan con problemáticas de consumo del municipio, de la que participan representantes del CPA y el CAAC local, el centro convivencial terapéutico del municipio, una ONG que ofrece atención en adicciones, el Centro Sociocomunitario de Responsabilidad Penal Juvenil de la provincia de Buenos Aires (CESOC) y, en ocasiones, de algunas iglesias evangelistas; y asesora al Consejo Local de Niñez constituido por ONG del partido.

5.1.3 El trabajo del DIAT Juana Azurduy

El equipo del DIAT JA está conformado por siete personas, todas ellas profesionales, aunque de diferente formación y trayectoria: tres psicólogos/as, dos trabajadoras sociales, una técnica en minoridad y familia y un técnico en comunicación y psicología social y operador socioterapéutico. Algunos/as de ellos/as poseen experiencia de trabajo en barrios vulnerables, en CT, con niños y niñas institucionalizados y/o en prevención y atención comunitaria y otros/as no la tienen. El equipo, algo menor que el de otros DIAT, es coordinado por una referente territorial²⁸ y acompañado desde “sede central” por un/a referente técnico/a de abordaje territorial, y otro/a de asistencia técnica.²⁹ En cuanto a las condiciones laborales, los/as referentes se encuentran contratados por la Sedronar, mientras que los/as integrantes de los equipos perciben una beca estímulo por la que deben cubrir 30 horas semanales.³⁰

En los EPE, el equipo trabaja en duplas. Si bien cada uno de estos espacios tiene sus particularidades, lo cierto es que en todos ellos se realiza un seguimiento de las personas que se acercan solicitando ayuda y asesoramiento. Este seguimiento, dependiendo del/los motivo/s que originó/aron la consulta, el diagnóstico situacional realizado a partir del proceso de primera escucha y la lectura de riesgos correspondiente, puede consistir en acompañar un proceso de internación, realizar un seguimiento psico-socio-asistencial en el dispositivo y/o articular con otras instituciones, organizaciones locales y oficinas del estado para ofrecer respuesta a diferentes demandas y necesidades del/la consultante. Estas estrategias se elaboran

28. Los/as referentes territoriales tienen como función la coordinación de los equipos, la gestión de los recursos y la articulación entre la Sedronar y la contraparte local. Son responsables de propiciar la participación del dispositivo en las redes locales, planificar las actividades en conjunto con los equipos de trabajo, y mantener un intercambio constante con los referentes del nivel central con el objetivo de revisar, ampliar y/o construir las estrategias de abordaje, así como también acompañar en la recolección de información que permita nutrir el modelo de abordaje (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

29. La tarea de estas duplas consiste en colaborar en la construcción y monitoreo de diagnósticos y en la planificación y gestión de las estrategias de inserción comunitaria de los equipos; acompañar las propuestas y prácticas llevadas a cabo por los equipos; articular con distintas áreas institucionales; y construir y realizar un seguimiento de las herramientas de intervención de los dispositivos (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

30. Como es de público conocimiento, en los últimos años se incrementó significativamente el costo de vida en Argentina, pero el monto de la beca no ha sido actualizado. Esto llevó a la renuncia de becarios/as y en algunos dispositivos se acordó, entre ellos JA, una reducción en la cantidad de horas que los/as trabajadores/as deben cubrir semanalmente a fin de facilitar la obtención de otras fuentes de ingreso. De hecho, hoy en día, todos/as los/as miembros del equipo tienen dos o tres trabajos.

tomando en cuenta el posicionamiento del dispositivo en las redes locales y, luego, a partir de la lectura de sus efectos, pueden ser (o no) modificadas. Por otra parte, si bien el DIAT JA no posee el eje promoción y protección de derechos, organiza y participa de actividades formativas (talleres de poesía, teatro, juegos, etc.) en articulación con instituciones y organizaciones con asiento en el municipio.

En lo que respecta al acompañamiento psico-socio-asistencial se trata de la actividad que ocupa la mayor parte del tiempo y estructura el trabajo cotidiano de las duplas de todas las sedes y *bases seguras* del dispositivo. El acompañamiento tiene un carácter presencial y se organiza mediante un sistema de citas, aunque es habitual que acudan personas sin cita previa. La frecuencia de los encuentros es muy variable: puede ser de una, dos o tres veces por semana o incluso tener un carácter mensual. En sí, el acompañamiento consiste en un espacio de escucha que toma la forma de un encuentro cara a cara entre el/la usuario/a del dispositivo y la persona o dupla que lo asiste y puede durar unos pocos minutos o bien extenderse por el lapso de una hora, dependiendo de la forma de trabajo de la dupla (en donde incide su composición profesional), la cantidad de personas que se acercaron al dispositivo, y también las necesidades del/la consultante. Dicha instancia presencial se complementa además con la disponibilidad permanente vía celular de los/as integrantes del equipo que acompañan al/la usuario/a del dispositivo.

En el desarrollo de esta tarea y como parte de su trabajo en el eje abordaje territorial del dispositivo, el equipo construye asimismo vínculos con instituciones y organizaciones que le permiten afianzar el seguimiento de estas trayectorias singulares, pero también generar condiciones para la creación, visibilización y/o fortalecimiento de redes locales, la organización de actividades de prevención y promoción y la construcción de diagnósticos territoriales. En este sentido, el DIAT ha articulado desde su creación tanto con organismos e instituciones del estado como con organizaciones no gubernamentales y comunitarias (anexo C). La mayor parte de las articulaciones ha sido con organismos e instituciones del estado nacional y provincial y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. Por el contrario, la articulación con el municipio ha sido dificultosa para el equipo que se ha encontrado la mayor parte de las veces con negativas tanto por parte de las autoridades como de los/as empleados/as. En cuanto a las áreas de trabajo de las instituciones y organismos, la mayoría proviene del campo de la educación y la niñez destacándose, entre ellas, las escuelas; seguidas de aquellas que provienen del campo de la salud mental y/o física: el hospital local, los centros de salud municipales, el CPA, otros dispositivos de la Sedronar (i.e. CAAC, CEDECOR, DTC) y organizaciones no gubernamentales y comunitarias que abordan la problemática del consumo de sustancias.

Estas articulaciones pueden consistir en la organización de reuniones y actividades conjuntas o bien como parte de las estrategias de abordaje integral frente a situaciones puntuales. En este último caso, se destaca el trabajo conjunto con el CAAC, el Centro de Acceso a Justicia,³¹ el CPA, el Programa Hacemos Futuro y el CEDECOR, ante el cual se tramitan las becas de la Sedronar para tratamientos residenciales en CT. Ahora bien, el contacto de estas instituciones y organizaciones con el DIAT no tiene la misma frecuencia ni adquiere las mismas características en todas sus sedes y *bases seguras*.

Del trabajo en las sedes y bases

El DIAT Juana Azurduy tiene dos sedes céntricas, una en el CDR y otra en las oficinas que del CPA local, y tres *bases seguras*: dos de ellas ubicadas en el noroeste y oeste del municipio, que llamaremos Santa Clara y La Floresta, respectivamente, y, otra ubicada en Villa Ombú. Como adelantamos, todas las sedes y *bases* funcionan como EPE, no obstante, cada una posee una impronta propia que responde, entre otras cuestiones, a las características del barrio donde se encuentra emplazada, la institución que hace de *sedel/base segura*, las relaciones que se establecen con referentes y organizaciones con asiento local, y la formación, trayectoria y forma de trabajo de la dupla asignada. Lamentablemente, por razones de espacio no podremos ahondar en muchas de las aristas que hacen a estas especificidades, lo que, de todas formas, no impide caracterizar, aunque más no sea brevemente, el trabajo en cada uno de estos espacios.

La sede del CDR tiene la particularidad de compartir edificio con múltiples oficinas del estado, pero además de ser el lugar de trabajo de la referente del dispositivo. De ahí que, el equipo del CDR no sólo se vincula de manera frecuente con desarrollo social, el Centro de Acceso a Justicia (CAJ) y la ANSES³² con cuyos/as empleados/as mantienen un trato cotidiano; sino que, además, oficia de mediador cuando desde la otra sede o alguna de las *bases seguras* se requiere articular con dichos programas y organismos. La generación de estas instancias de articulación puede responder a la identificación de situaciones de violencia que se trabajan de manera conjunta con el CAJ, cuestiones ligadas a la Asignación Universal por Hijo (AUH) que se tramitan ante la ANSES, problemas de documentación que se derivan al Registro de las Personas y/o bien a demandas de ayuda material que se encaminan a “desarrollo social”. Ante situaciones de vulneración de derechos de NNyA se recurre, en cambio, al Servicio Local de Protección y Promoción de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente.³³

31. Son oficinas que brindan un servicio de atención legal primaria.

32. La Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) es un organismo descentralizado que tiene a su cargo la administración de las prestaciones y los servicios nacionales de la Seguridad Social.

33. Órgano administrativo encargado de ejecutar programas, planes, servicios y toda otra acción que procure la prevención, asistencia, protección y/o restablecimiento de los derechos de NNyA. Recibe denuncias e interviene de oficio.

En lo que respecta a las situaciones de consumo problemático, el equipo articula a menudo con el CPA³⁴ a no ser que la consulta sea realizada por un/a NNyA. En estos casos, se contacta a la actual o última institución educativa, y, de evaluarse la necesidad de un tratamiento ambulatorio bajo la modalidad de hospital de día, se articula con el centro convivencial terapéutico del municipio que trabaja con adolescentes y jóvenes de 11 a 21 años con problemas de consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, la presencia de la referente del DIAT y de una sede descentralizada del CEDECOR en el edificio, conspiran para que el equipo del CDR centralice las solicitudes de becas a la Sedronar para tratamientos residenciales en CT.³⁵ Por último, esta sede recibe del CESOC y varios juzgados “pedidos de evaluación” en el marco de causas abiertas en la justicia local.

A diferencia de la sede del CDR, el EPE que funciona los lunes por la tarde en las oficinas del CPA no es muy concurrido. La dupla responsable, no obstante, entiende que es importante conservarlo dado que allí acuden quienes “no pueden ir a otro lado” ya sea porque las *bases seguras* no están ubicadas cerca de sus domicilios o lugares de trabajo; o, por el contrario, debido a que por su cercanía a dichos espacios las personas prefieren concurrir al “centro” para que la gente del barrio no sepa que acude al dispositivo. En síntesis, este EPE se caracteriza, antes que por recibir nuevos consultantes, por oficiar de punto de encuentro para personas con quienes ya se tiene contacto. Los días en que no hay cita agendada, la dupla sale a realizar “trabajo territorial”. Este consiste, sobre todo, en acercarse a conversar con los/as directivos/as y gabinetes pedagógicos de las escuelas del distrito donde ofrecen talleres para docentes, niños, niñas y adolescentes. No obstante, también han trabajado el tema en cooperativas e incluso se firmó un convenio con una importante fábrica local, a raíz de un estudio que arrojó que el 60% de sus empleados se encontraba atravesando situaciones de consumo problemático. En el marco del convenio, diez trabajadores solicitaron asistencia y hoy en día son acompañados por el DIAT. Algunos de ellos acuden al EPE y dos, por decisión del equipo, fueron derivados a CT.

En lo que respecta a los otros dos EPE que funcionan en el municipio, Santa Clara y La Floresta, ambos tienen como *base segura* una capilla. En este sentido, ambas duplas han tejido un sólido vínculo con los/as respectivos/as referentes de las instituciones religiosas. Pero además, ambos equipos mantienen buenas relaciones con ONG y centros barriales de su zona. En el caso de La Floresta, fue por algunos meses particularmente significativo el trabajo en conjunto con un centro barrial a pocas cuadras de la *base segura* que ofrece apoyo escolar y talleres a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. De hecho, el centro, ubicado en una de las villas más

34. Si bien el CPA debería poder ofrecer becas provinciales, lo cierto es que éstas son escasas y, por ende, el equipo del CDR suele colaborar con la gestión de sus solicitudes de becas ante la Sedronar.

35. Al momento de realizar el trabajo de campo, el DIAT JA había derivado un total de 7 personas a CT.

grandes del municipio, llegó a fungir como *base segura*. No obstante, pocos meses después se decidió retornar a la capilla debido a que, si bien el centro realiza “un buen trabajo con los jóvenes (...) no tiene representatividad en el barrio” a raíz de un histórico conflicto por tierras. Además, la única oportunidad en que el DIAT solicitó cupo en un taller para un joven del barrio con escasa contención familiar, si bien lo recibieron, luego de un tiempo decidieron – por “no dar con el perfil del lugar” – quitarle la vacante. Actualmente, aunque las relaciones se hayan tornado más distantes, la dupla realiza, aun así, visitas periódicas al centro.

En lo que respecta al EPE Santa Clara, la dupla trabaja codo a codo con Marta, la referente de la Capilla. Marta organiza grupos de madres y padres de usuarios/as, adolescentes y preadolescentes, realiza actividades recreativas con los chicos/as más pequeños/as, y ha organizado junto a la dupla del DIAT varias jornadas de juego y una obra de teatro. El equipo mantiene, asimismo, buenas relaciones con la referente de otra capilla cercana, quien coordina un grupo de mujeres jóvenes y les “envía chicas” que acuden al EPE motivadas por problemáticas de consumo, embarazo no deseado y situaciones de violencia. Pero lo cierto es que, el trabajo de este EPE ha estado, principalmente, signado por la presencia de un CAAC a pocas cuadras de la *base*. Allí, han funcionado históricamente grupos de ayuda coordinados por el párroco, un psicólogo y operadores religiosos que, hasta principios de 2019, les “derivaban” buena parte de los jóvenes que participaban del dispositivo. En ese momento, miradas diferentes sobre los consumos llevaron a un distanciamiento en las relaciones y varios jóvenes dejaron de asistir al EPE. No obstante, la reciente salida de los operadores religiosos del espacio parece traer nuevos aires. Se han conformado nuevos grupos y el vínculo parece recomponerse.

“Ombú” es la última *base segura* que incorporó el DIAT Juana Azurduy. Villa Ombú se encuentra en un partido lindero, pero a escasa cuadras del CDR. La presencia del dispositivo en este barrio se dio en el marco de un convenio firmado en 2019 con la Secretaría de Integración Socio-Urbana (SISU) del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y el Organismo Provincial de Integración Social y Urbana (OPISU), una entidad autárquica en la órbita del Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros de la Provincia de Buenos Aires, encargada de diseñar la planificación para la progresiva “creación de barrios” en los asentamientos y villas en mayor estado de precariedad del conurbano. El OPISU está organizado en torno a tres ejes: integración urbana, social y socio-productiva. El DIAT colabora, específicamente, en el desarrollo del eje integración social desde el EPE y el dictado del curso para titulares del Programa HF.

La *base segura* está emplazada en uno de los tres *containers* del OPISU desplegados a un costado de la canchita ubicada al “fondo” del barrio. Allí, funciona el EPE en tanto que el curso para titulares del Programa HF se dicta en la capilla del barrio.

Pese a estar en otro municipio, en materia de acompañamiento de situaciones de consumo problemático, Ombú articula con organizaciones e instituciones no muy distintas al resto de las sedes y *bases seguras* del DIAT, esto es, con el centro de atención primaria de la salud y el grupo de consumos problemáticos de la capilla local, el CPA de Juana Azurduy y el CEDECOR descentralizado. No obstante, cuando se requiere articular con otros programas y agencias del estado – i.e., la ANSES, el Registro Nacional de las Personas y el Centro de Asistencia a Víctimas y Acceso a Justicia (CAVAJ), entre otras – las mismas se enmarcan en el despliegue territorial del OPISU.³⁶

La presencia disuasiva de la Policía de la Provincia de Buenos Aires en las inmediaciones constituye uno de los principales desafíos de este EPE. En este sentido, además de haber adicionado un tercer día de EPE en una fundación que trabaja con niños y niñas a pocos metros de una de las entradas al barrio, sus integrantes entienden que es preciso no permanecer ocultos/as en la oficina sino por el contrario hacerse ver “desfilando” por la vereda asfaltada sobre la que se montan los *containers* del OPISU. De momento, la estrategia parece haber rendido sus frutos ya que, si bien se trata de la *base segura* más reciente del DIAT JA, cuenta con una proporción semejante a las demás sedes y *bases seguras* en materia de cantidad de *consultas activas*.

De las herramientas de intervención

Los trabajadores y la coordinación del DIAT deben completar, como parte de su trabajo cotidiano, una serie de planillas y documentos: la Hoja de Primer Contacto (HPC), la hoja de ruta, la herramienta de seguimiento, la planilla de articulación y la herramienta de evaluación de procesos. En su conjunto, estas constituyen un acervo de herramientas de suma utilidad para el diagnóstico, seguimiento y evaluación de la población atendida, así como de las acciones y prácticas del dispositivo. Aun así, su compleción insume un tiempo considerable al equipo.

La HPC forma parte del diagnóstico inicial y la completa el equipo a lo largo de varias entrevistas que le permiten conocer la situación de manera integral. Su principal objetivo es informar sobre los modos de acceso al dispositivo y las relaciones socio-afectivas del/la consultante, así como detectar vulnerabilidades en el acceso a derechos, la existencia de situaciones de violencia y/o de consumo problemático. De esta forma, permite, por un lado, obtener datos para la elaboración de diagnósticos territoriales; y, por el otro, orienta la escucha y fomenta la construcción de estrategias de abordaje integrales (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

36. En el marco del OPISU se despliegan, además de las mencionadas oficinas del estado, toda una serie de programas, entre otros, de reinserción escolar y terminalidad educativa, culturales, de “innovación social y emprendedurismo” así como servicios de consultorio jurídico.

Parte de esta información luego será volcada en la hoja de ruta que es, en cierta forma, una “historia clínica tradicional” y, en este sentido, un informe que puede ser entregado a otros organismos y al/la usuario/a si este/a así lo requiere. En la hoja de ruta se registra el motivo de consulta, la situación de acceso a derechos, las características relevantes de la situación particular de la persona, las probables causas de padecimiento, la valoración de riesgos y las sugerencias clínicas que de ello se derivan. Con el correr del tiempo, se debe consignar asimismo el recorrido del/la usuario/a en el dispositivo, la “lectura de efectos” que puede conducir a definir o redefinir las estrategias, y las modificaciones que se producen en el motivo de consulta inicial.

En lo que respecta a la herramienta de seguimiento y la planilla de articulaciones, se centran en el trabajo del dispositivo. La primera resume la labor que realiza el equipo con los/as consultantes. Concretamente, su objetivo es facilitar el análisis de los espacios y la participación de los/as usuarios/as en el dispositivo. Para ello, se consigna el tipo de consulta (directa, indirecta o Hacemos Futuro), la fecha de alta y cierre, y su estado: *activa*, *inactiva*, *cierre con proceso* o *cierre con articulación*.³⁷ También se registra la frecuencia con la que el/la consultante asiste al dispositivo, en qué área lo hace, cuál es la dupla que lo/a asiste y si se ha articulado con otras instituciones y, de ser así, con cuáles. La planilla de articulaciones, por su parte, se centra en los vínculos que el equipo establece con diferentes organismos e instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales y comunitarias. Allí, se consignan las áreas en las que trabaja la institución/organización con la que se articuló, el objetivo y tipo de articulación, para facilitar la evaluación y, de ser necesario, ajustar la participación del dispositivo en las redes locales.

Por último, la herramienta de evaluación de procesos, construida al final de la gestión, tiene por objetivo medir el impacto de la política en función del acceso, la restitución y el ejercicio de derechos. Para ello, la herramienta se organiza en torno a ejes que se corresponden con la situación de acceso a derechos. En cada eje se despliegan los diagnósticos, las acciones, las articulaciones y sus efectos, lo que permite visualizar el armado de estrategias integrales y medir su impacto subjetivo, visibilizar las acciones comunitarias y revisar las prácticas del equipo (Astolfi Romero *et al.*, 2019).

37. Las categorías *activa* e *inactiva* indican si la persona se encuentra (o no) en contacto actual con el DIAT; la categoría *cierre con proceso* indica que se ha dado un cierre a la consulta y el/la consultante ha podido resolver la situación que originó la consulta; mientras que, la categoría *cierre con articulación* se refiere a aquellas situaciones en que se ha articulado con otras instituciones u organizaciones y que aún no se ha resuelto la situación que llevó a la persona a buscar asistencia en el dispositivo.

Algunas cifras

Desde que abrió sus puertas hasta junio de 2019, el DIAT recibió 89 consultas directas (CD) y 32 indirectas (CI); mientras que, 77 personas, en su gran mayoría mujeres (96%), participaron del curso para titulares del Programa Hacemos Futuro (HF). El principal motivo de las consultas directas e indirectas fue buscar asesoramiento para iniciar un tratamiento por consumo problemático, aunque, en menor medida, también se registraron como motivo de consulta situaciones de violencia de género e intrafamiliar. El 44% de las consultas (directas e indirectas) fueron realizadas por mujeres y el 56% por hombres. Las CD fueron mayormente realizadas por hombres (74%) y las CI por mujeres (91%). Los hombres buscaron en su mayoría asesoramiento por problemas de consumo, en tanto que las mujeres se acercaron al dispositivo por situaciones de violencia o bien para consultar sobre el consumo de familiares, generalmente, hombres. Por otra parte, la población resultó ser bastante más añosa que en otros DIAT, lo que se explica por la ausencia del eje promocional y, por ende, del dictado de talleres. Además, la totalidad de usuarios/as del dispositivo son usuarios/as de sustancia psicoactivas.

Las consultas por consumo problemático fueron, en su mayoría, por consumo de alcohol y cocaína. En el caso de la marihuana, si bien se registra un uso frecuente, quienes trabajan en el dispositivo aseguran que su consumo no es problematizado. Por otra parte, afirman que en el municipio prácticamente no se observa consumo de paco, pero se ha detectado cerca de la *base segura* Santa Clara el uso de pegamentos que entienden se explica por tratarse de un “barrio de carpinteros”. En cuanto a los pedidos de internación, afirman que son escasos y que en su mayoría provienen de los/as familiares del/la usuario/a, en tanto que los/as usuarios/as suelen solicitar iniciar tratamientos de carácter ambulatorio.

Actualmente, el DIAT JA posee 49 *consultas activas* (aproximadamente, diez por sede/ *base*), 24 *consultas inactivas*, 23 *cierres con articulación* y 106 *cierres con proceso*.

5.1.4 De conquistas, límites y desafíos

Analizar las conquistas, límites y desafíos que enfrenta el DIAT JA supone atender a las prácticas, acciones e intervenciones del equipo a la luz de la historia más amplia de las políticas de atención y cuidado a personas que hacen uso problemático de sustancias en Argentina. En este sentido, el modelo de abordaje que se propone desde la DNAE para estos dispositivos es resultado de la acumulación y yuxtaposición de una serie de experiencias de intervención que, como vimos, han implicado un quiebre con los modelos dominantes – i.e. *modelo médico hegemónico, alternativo subordinado y de auto-atención* (Pawlowicz *et al.*, 2011) –; un cambio de paradigma en la materia que, por otra parte, ha ido incrementando su nivel de institucionalidad a partir del dictado de resoluciones y, sobre todo, la sanción

de la Ley de Salud Mental, en 2010, y el Plan IACOP, en 2014. Pero también, las características del modelo de la DNAE deben comprenderse en el marco de profundas transformaciones en las formas de gobierno que, desde la década del 90, tuvieron lugar en Argentina, en particular, en el campo de las políticas sociales.

Estas transformaciones, que iniciaron en las sociedades europeas en la década del 70, fueron objeto de debate en los estudios sobre políticas públicas y han sido caracterizadas como una privatización o marketización de los servicios públicos y funciones del estado o bien como una transferencia de las técnicas de gobierno “a lo Foucault” a entidades no gubernamentales (Gupta y Ferguson, 2006; Rose, 2007), pero también hay quienes entienden se trata de una forma “más cooperativa” de gobernar caracterizada por la participación y articulación entre actores y organizaciones estatales y no gubernamentales en el diseño, implementación y evaluación de las políticas (Mayntz, 2001; Ziccardi, 2008). Entretanto, la producción académica local se ha concentrado en el análisis de las características particulares que estos cambios han ido adquiriendo con el curso de los años, identificando, no obstante, una tendencia a la diversificación, la territorialización y la institucionalización de la “participación ciudadana” (Rofman y Foglia, 2015).

En lo que respecta a la DNAE, esta ha incorporado de manera explícita esta nueva forma de gobernar (o *gobernanza*) a través de los principios de la cogestión,³⁸ la adopción de un enfoque integral, el fortalecimiento de la participación social y comunitaria, el trabajo en red y la articulación entre diferentes sectores y ámbitos de gobierno desde un marco de *corresponsabilidad* (Astolfi Romero *et al.*, 2019). De hecho, la participación y articulación intersectorial, como se propone desde la formulación de la política, no se reduce a espacios circunscriptos ni instrumentos de consulta; sino que supone el desarrollo de redes locales y estrategias conjuntas, donde la *circulación* se presenta como el instrumento clave para el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos y para la integración social y comunitaria (Sedronar, 2017b).

En este sentido, el DIAT JA en sus tres años de vida supo, en conformidad con estos lineamientos, construir presencia en gran parte del municipio y ha articulado con una porción sustantiva de los organismos, instituciones y organizaciones no gubernamentales y comunitarias con presencia en el partido. De hecho, puede afirmarse que el equipo ha logrado insertarse, sobre todo, en las redes formales locales, generando en el seguimiento de casos puntuales condiciones para el acceso, la

38. Esta *cogestión* se define en términos de contribución tanto en materia de recursos, – i.e. la Sedronar brinda “las capacitaciones y recursos humanos, la cogestión local aporta los materiales para el quehacer cotidiano (...), el mantenimiento de la infraestructura y, en algunos casos, recursos humanos” –, como de “miradas” – i.e. “la Sedronar aporta la mirada de las políticas integrales sobre drogas (...) y los lineamientos de intervención generales, los municipios y organizaciones suman la mirada local, anclada en las problemáticas de ese territorio o comunidad en particular” (Astolfi Romero *et al.*, 2019, p. 97).

restitución y el ejercicio de derechos y procesos de integración social y comunitaria. Es más, para algunos/as actores/actrices y burocracias estatales el dispositivo se ha constituido, en el proceso, en el referente local en la materia, lo que se aprecia en las derivaciones y consultas que recibe de una diversidad de agencias e instituciones estatales. Entre ellas, se destacan las escuelas del distrito y el CESOC, lo que resulta particularmente significativo dada la gran cantidad de NNyA que habita en el municipio y, por supuesto, los objetivos de la política. En otras palabras, el trabajo en red y la articulación intersectorial, al igual que el bajo umbral de acceso, la perspectiva de derechos, el enfoque integral, intercultural y de género, no cabe duda han otorgado un “nuevo aire” a la oferta asistencial del municipio.

Sin embargo, la implementación del modelo en JA presenta algunas dificultades. Una de las primeras cuestiones a destacar, en este sentido, es que el dispositivo continúa favoreciendo, en líneas generales, el acceso de personas adultas, en su mayor parte hombres, en situación de vulnerabilidad y consumo problemático de sustancias. Si bien esto no dista demasiado de lo que ocurre en los demás DIAT, donde el 35% de las personas que asisten al dispositivo tienen más de 25 años, en JA los porcentajes son bastante más elevados, lo que es explicado por la inexistencia del eje promocional en el dispositivo. De hecho, en JA la falta de edificio y, por ende, de oferta formativa propia – aunadas a la existencia de un equipo reducido que, debido a las malas condiciones laborales, trabaja pocas horas semanales destinadas en su mayor parte a la tarea de acompañamiento psico-socio-asistencial en las sedes y *bases* del dispositivo – se han constituido en verdaderos obstáculos para cumplir con algunos objetivos de la política como ofrecer una asistencia integral, fortalecer las redes informales, visibilizar respuestas comunitarias y fomentar el acceso de la población más joven del municipio.

Aun así, el equipo ha logrado desarrollar una serie de actividades que se mostraron efectivas en acrecentar la accesibilidad de NNyA y mujeres, creando al mismo tiempo vínculos con referentes comunitarios/as y ampliando la oferta formativa. En lo que respecta a los/as NNyA esto ha sido resultado, en gran medida, del trabajo realizado con las escuelas (sede CPA) y la participación en actividades comunitarias, así como de la organización de jornadas de juego y pintadas de murales (Santa Clara), talleres de poesía (La Floresta) y teatro (Santa Clara); mientras que, en el caso de las mujeres, ha sido el dictado del curso para titulares del Hacemos Futuro el que ha colaborado a incrementar su accesibilidad al dispositivo. Ciertamente es que la mayor parte de las asistentes al curso no ha experimentado en persona situaciones de consumo problemático. No obstante, el equipo ha sabido generar espacios de encuentro y escucha propicios para trabajar las representaciones sociales estereotipadas sobre los consumos y los/as usuarios/as así como para conversar sobre situaciones cotidianas que viven las asistentes en carne propia o con sus hijos/as y demás familiares. De todos modos, pese a los esfuerzos del equipo, indudablemente,

sin edificio propio, condiciones de contratación dignas, y fondos destinados al desarrollo de las propuestas de abordaje comunitario elaboradas por los/as titulares del HF como proyecto de fin de cursada, difícilmente, estas acciones y estrategias puedan profundizarse y los objetivos del curso efectivamente concretarse.

Por otro lado, amén de estas conquistas – como hemos visto, no libres de obstáculos – hemos registrado, en una serie de hechos, situaciones y casos que involucran a distintos/as consultantes, problemáticas, sedes/*bases*, instituciones y organizaciones con las que se ha articulado, ciertas dificultades en el trabajo llevado a cabo por el equipo del DIAT JA que arrojan luz sobre lo que entendemos constituyen importantes limitaciones y desafíos de este modelo de abordaje. A saber, las tensiones que existen entre dependencias de diferentes jurisdicciones del estado, y entre éstas y distintas organizaciones sociales, sobre todo, cuando no tienen el mismo signo político/partidario; las que genera la existencia de diversas concepciones sobre el consumo, los/las usuarios/as y lo que implica un “buen” abordaje de los consumos problemáticos; como así también las que se producen como resultado de lógicas de funcionamiento, prácticas y rutinas que, enraizadas en largas tradiciones institucionales, producen y reproducen violaciones a los derechos humanos. A continuación, presentamos algunos hechos, situaciones y casos.

El hospital provincial

Emiliana acude a la sede del CDR desde diciembre de 2017. Agustina, quien realiza el seguimiento, cuenta que asiste de manera intermitente. Por ello, en 2018, se intentó que iniciara un tratamiento ambulatorio en el CPA local para ver si daba mejores resultados, pero abandonó el espacio. Emiliana tiene 39 años, dos hijos que no ve y consume sustancias desde los 13. Además, tiene una mala relación con su madre y con su hermana y ha sido víctima de numerosas situaciones de violencia. Su pareja la golpea y “no la deja construir lazos”, no la deja visitar a sus amistades así como tampoco al operador comunitario y a la psicóloga de una ONG local que ofrece atención en “adicciones” a la que comenzó a asistir este año. No obstante, su única demanda es “dejar de consumir”.

Hace un tiempo, su pareja la “molió a golpes” en medio de la calle, la dejó inconsciente y los vecinos tuvieron que llamar a la ambulancia que la llevó al hospital local donde permaneció varios días internada. Emiliana dijo que se había caído y los médicos que la atendieron no hicieron la denuncia. Esta “omisión”, lejos de tratarse de un hecho aislado, fue presentada como una práctica recurrente de los médicos que atienden en el hospital de la zona. De hecho, la dupla a cargo de la *base segura* Santa Clara narró varios episodios similares con los médicos de diferentes servicios del nosocomio.

Uno de estos casos tuvo como protagonistas a Marta la referente de la Capilla y a uno de los hijos de Cintia. Cintia es una vecina que acude a la *base segura* Santa Clara. La mujer vive con sus siete hijos e hijas a los que deja con frecuencia solos en la casa y “se va a consumir a lo del novio”. De modo que, casi todos los mediodías los/as hijos/as de Cintia acuden con hambre a Marta, que les da el almuerzo. Cintia hizo un intento por cambiar la situación y estuvo internada con todos/as sus hijos/as en una CT, pero a los dos días abandonó el lugar y hoy día la situación no ha mejorado. De hecho, la semana anterior a que comenzara el trabajo de campo, Marta encontró que uno de los niños tenía una pediculosis severa y los piojos le habían comenzado a lastimar el cráneo, por lo que lo llevó al hospital de la zona. Allí, le curaron las heridas, le dieron unos medicamentos y lo mandaron a su casa. Pero, pese a la insistencia de Marta, los médicos se negaron a dar intervención al Servicio Local de Niñez. Al enterarse de lo ocurrido, el equipo del DIAT también quiso realizar la denuncia, pero, como Cintia vive al lado de la Capilla y esta es la *base segura* del dispositivo, tuvieron que consultarlo con el párroco quien se opuso rotundamente por temor a las amenazas, pero también “porque su mirada religiosa tiende a favorecer la continuidad de la familia”.

El CAAC local

El CAAC local trabaja desde una perspectiva abstencionista. Para el equipo DIAT tener miradas diferentes no es necesariamente negativo; al contrario, por momentos puede ser positivo, “por ejemplo, se acerca un chico con problemas de consumo, va los grupos de la Capilla y allá le hablan de la importancia de los vínculos. Nosotras, en cambio, lo vemos doblado de dolor y le insistimos, por ahí, que se vaya a hacer ver los pulmones”. En pocas palabras, pueden complementarse. De todas formas, la posibilidad de articular con el CAAC tiene límites claros. De hecho, la “lógica abstencionista” en la mayor parte de los casos aparece en el discurso de los/as trabajadores/as como una perspectiva con la que hay que lidiar. Ello queda en evidencia, claramente, en el caso de Fernando.

Fernando es un joven que

“tenía serios problemas de consumo, pero que andaba muy bien. Me acuerdo que comentó en una reunión [del CAAC] que había tomado alcohol en la cena con la mamá y ya lo amonestaron... Y el pibe estaba re bien y se había tomado una copa de vino con la mamá, nada más (...) Nosotras estábamos al tanto, y no lo vimos como un problema. Entonces, entienden que nosotras incitamos al consumo o no lo vemos como algo negativo. (...) Es muy extremo, cuentan que conocieron a alguien y lo primero que les preguntan es si consume. Si toma, tenés que dejarlo. Si tus amigos toman hay que dejarlos. ¿Sabés qué frase usan? ¡La cocaína se disfraza de mujer!”.

No obstante, las consecuencias no se limitan a desacuerdos entre los/as trabajadores/as de los dispositivos. La existencia de valores y concepciones diferentes sobre el consumo, los/las usuarios/as y lo que implica un “buen” abordaje de los consumos problemáticos no constituye, para el equipo DIAT, necesariamente un problema. Es más, se entiende que para algunos/as jóvenes este tipo de acompañamiento puede resultar efectivo. De hecho, el CPA local y el centro convivencial terapéutico del municipio con los que a menudo articulan, también tienen una “lógica abstencionista”. El problema para los/as trabajadores del DIAT surge entonces cuando, como ocurrió con Fernando, por prácticas propias de esta “lógica” todas las instituciones pierden contacto con el/la consultante.

Salud y consumo problemático en el municipio

El DIAT JA ha intentado, en varias oportunidades, articular con el Servicio Local de Niñez, los centros de salud³⁹ y el centro convivencial terapéutico del municipio. Con este último, en algunos casos lo ha logrado, pero no se trata de un proceso que se encuentre “aceitado”, al contrario, hay que trabajarlo “caso a caso”. En cambio, con otros actores y organismos municipales los resultados de la articulación han sido directamente frustrantes para el equipo y contraproducentes para el/la consultante. Esto ocurrió en el caso de Andrés, donde la articulación con el Servicio Local trajo aparejada un distanciamiento en los frágiles vínculos que el DIAT había logrado establecer con el chico y su familia.

Andrés es un adolescente que vive en la zona oeste del municipio. No tiene partida de nacimiento ni documento de identidad, sus vínculos familiares no son estrechos y ya hace algunos años se encuentra en situación de consumo problemático de sustancias. Quien se acercó por primera vez a la *base segura* La Floresta fue su madre, aunque tiempo después lo hizo el propio Andrés solicitando ser internado. El equipo, tras evaluar el pedido, decidió acompañar el proceso de internación, quedando la referente del dispositivo a cargo de gestionar un turno en la sede central de la Sedronar con el CEDECOR infantil, para su evaluación y posterior derivación. No obstante, si bien el joven acudió a las primeras citas, cuando se encontró un lugar apropiado para efectivizar la derivación, Andrés no fue más. En 2019, Andrés volvió a entrar en contacto con el DIAT. Esta vez, frente a una situación puntual de vulneración de derechos, el equipo dio intervención al Servicio Local que tomó el caso, pero en lugar de propiciar que, en relación a su situación de consumo, el joven continuara en relación con el DIAT, decidió derivarlo al CPA.

Durante mi trabajo de campo en el dispositivo, la madre se puso nuevamente en contacto con el equipo DIAT. Al parecer, la trabajadora del CPA responsable de atender al joven, aún no lo había visto y en los próximos días se iba tres semanas de

39. Todos los centros de salud y postas sanitarias de Juana Azurduy dependen del municipio.

vacaciones con lo cual no iba a poder recibirlo. Informada de la situación, la referente del dispositivo conversó el caso con Héctor, el representante del CEDECOR descentralizado, pero tratándose de un menor de edad se resolvió comunicar el caso a “sede central”. Por su parte, Héctor se ofreció a reunirse con Andrés la siguiente semana. Sin embargo, en la fecha pautada se presentó únicamente su madre. Tras la reunión, se acordó rediseñar la estrategia de abordaje: Héctor acompañaría a la madre al único centro de salud con servicio de salud mental del municipio para intentar articular con ese dispositivo.

El equipo atribuye las dificultades que se han presentado en la articulación con el Servicio Local a las diferencias políticas existentes entre la gestión nacional y la municipal. De hecho, estas tensiones han sido explicitadas, en más de una oportunidad, por los/as trabajadores/as de algunos centros de salud municipales que se niegan a articular con el dispositivo, arguyendo que dadas las diferencias políticas no hay ningún tipo de diálogo posible. Ahora bien, estos impedimentos no se han presentado únicamente en los intentos de articulación con otras dependencias del estado, sino que también han dificultado la relación con algunas organizaciones no gubernamentales y comunitarias que entienden que las diferencias políticas con el “macrismo” son inexpugnables.

En síntesis, las políticas de promoción, restitución y ejercicio de derechos que apelan a la articulación intersectorial, participación social y comunitaria, aunque constituyen un aporte significativo a la oferta asistencial existente, no constituyen procesos unívocos ni lineales. Al contrario, se inscriben en municipios y comunidades concretos configurados por relaciones de poder particulares entre una diversidad de actores/actrices, instituciones estatales y organizaciones sociales con objetivos e intereses propios y que, por otra parte, en muchos de estos casos, despliegan disímiles acciones y prácticas y poseen diferentes concepciones sobre los consumos problemáticos.

En este sentido, los hechos, situaciones y casos antes narrados dan cuenta, por un lado, de diferencias político/partidarias que no sólo han impedido el desarrollo de estrategias conjuntas y el fortalecimiento de redes territoriales que permitirían el deseado reemplazo de la lógica individual del “caso a caso”; sino que incluso han llegado a comprometer las posibilidades de acceso de los/as usuarios/as del DIAT a propuestas formativas (en centros barriales, ONG locales) y a los efectores de salud municipales. Pero también, por otro lado, los episodios relatados muestran cómo diferentes concepciones sobre el consumo, los/as usuarios/as y lo que se entiende por un “buen” abordaje de los consumos problemáticos, así como sobre la familia, las relaciones afectivas y la amistad – con las cuales se “lidia”, generalmente, con relativa eficacia – bien pueden resultar en el alejamiento de algunos/as usuarios/as del DIAT y demás dispositivos impactando negativamente en sus trayectorias terapéuticas. Así y todo, uno de los mayores desafíos para los/as trabajadores/as

del DIAT y problemas para las poblaciones más vulnerables del municipio – y, en particular, para los/as usuarios/as del dispositivo – lo constituyen no tanto las diferencias político/partidarias o las diferentes prácticas y concepciones en torno a los consumos problemáticos, sino antes bien las lógicas, prácticas y rutinas institucionales que reproducen prácticas violatorias de los derechos humanos, máxime siendo la institución en cuestión el único efector en salud de complejidad en el partido.

Es entonces, frente a este complejo escenario, que creemos importante preguntarnos, ¿qué se entiende por articulación intersectorial, participación social y comunitaria? ¿cuáles son las experiencias de participación y articulación que pueden ser y son valoradas como exitosas? ¿cómo construir articulación con actores/actrices, prácticas y dispositivos política y conceptualmente distantes? ¿en quiénes recae esta responsabilidad? ¿y la gestión de los conflictos que emergen de dichos esfuerzos? Volveremos sobre estas cuestiones más adelante, en el apartado del DTC Barrio Ceibo y en las reflexiones finales.

5.2 El DTC BC

5.2.1 Barrio Ceibo, partido de Manuela Pedraza: características socio-demográficas

El DTC BC está ubicado en el partido de Manuela Pedraza, en el norte del Amba. Al igual que en Juana Azurduy, la población del municipio está expuesta a heterogéneas condiciones de vida, pero presenta una composición socioespacial un poco más homogénea. Así, si bien existen desiguales condiciones de acceso a los servicios y sectores de la población con bajos ingresos, según el Censo 2010 (Indec, 2010), únicamente el 3,7% de los hogares registraba algún indicador de NBI. La mayoría de ellos con asiento en alguna de las 16 villas y asentamientos del municipio que se concentran en las zonas noroeste y norte del partido. Con 6.29 hectáreas, Villa Ceibo, donde se localiza el dispositivo, es la tercera más grande del municipio. El barrio linda con Villa Esperanza y un mercado central; y se encuentra a una cuadra de una de las principales “zonas rojas” del municipio.

Según el Censo 2010 (Indec, 2010), Villa Ceibo cuenta con 2704 habitantes. El 30,4% de esta población son NNyA de 0 a 14 años, y el 14,2% adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años. En lo que respecta a las condiciones habitacionales, el barrio está conformado por 704 hogares, el 20,9% de los cuales presenta NBI. Pero además, los/as vecinos/as destacan entre las principales problemáticas habitacionales la falta de títulos de propiedad, las carencias del servicio de recolección de basura, el desborde de cloacas, las sobrecargas y cortes de electricidad, la falta de gas natural, el mal estado del asfalto y la ausencia de iluminación en los pasillos. Otras problemáticas del barrio según refieren sus habitantes son el mal funcionamiento del centro de atención primaria a la salud local, los altos niveles de deserción escolar, los elevados índices de violencia de género, la existencia de casos de homo y transfobia, y el consumo de alcohol en exceso (OAD, 2019).

5.2.2 Historia y características del dispositivo

El DTC BC era anteriormente un Punto de Encuentro Comunitario (PEC). El PEC abrió sus puertas en noviembre de 2014 y, en abril de 2017, se implementó la metodología de TC. El punto de partida del dispositivo en lo que refiere a su inserción en la comunidad y su actual *base segura* es la Biblioteca Popular. Esta institución abrió sus puertas en 1986 y, a 30 años de su creación, “es un espacio respetado, que goza de buena reputación. Si algo es impulsado por la biblioteca, es garantía de confianza para la mayoría de lxs vecinxs” (EDTCBC, 2018, p. 5). Hoy en día, la institución ofrece múltiples actividades y propuestas abiertas a la comunidad, entre otras: programas de terminalidad educativa, educación formal, alfabetización, ludoteca, talleres de radio, comunicación visual, creatividad, arte y promoción de los DDHH, gimnasia, zumba y ajedrez.

Los primeros contactos del DTC con la comunidad se dieron, específicamente, a partir de mujeres que trabajan en la Biblioteca. De hecho, con estas referentes se realizaron las primeras recorridas por el territorio, que le permitieron al equipo comenzar a conocer a los/as vecinos/as y obtener información sobre el barrio, su historia y sus habitantes. Por otra parte, ya existía en la Biblioteca, en el marco del PEC, un espacio de encuentro para jóvenes que fue retomado y ampliado por el nuevo equipo de la Sedronar. Así, a partir de estas actividades y en torno a la estructura organizativa de la Biblioteca se fueron construyendo, a lo largo de 2017, la incipiente *red de recursos comunitarios* y la *red subjetiva comunitaria* del dispositivo, donde se evidencia el contacto mayoritario que el equipo tuvo, desde un inicio, con la población femenina del barrio (EDTCBC, 2017).

En 2018, como parte de la elaboración de un primer diagnóstico territorial,⁴⁰ el equipo identificó dos problemáticas acuciantes en “La Ceibo”: una gran cantidad de personas indocumentadas y altas tasas de deserción escolar. Esto lo llevó, por un lado, a organizar en conjunto con la Biblioteca y el Registro Provincial de las Personas (REPROPER) un operativo de documentación; y, por el otro, a un trabajo estrecho con las instituciones educativas locales en el marco del cual se articuló con un programa nacional de reinserción escolar (DALE), y con los equipos distritales de inclusión y de infancias y adolescencias en riesgo (EDI y EDIA). Ambas actividades, resultaron no sólo útiles para la comunidad y sus miembros, sino además centrales para que el dispositivo salga de la *base segura* y amplíe sus *redes*, consolidando su presencia en el territorio.

40. A modo de complemento del diagnóstico territorial realizado por el equipo, el OAD efectuó, en 2019, un Diagnóstico Integral Comunitario en base a un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) con el objetivo de realizar una caracterización del barrio desde un enfoque técnico-comunitario, lo que estimuló la participación de la comunidad y contribuyó al desarrollo del SET del dispositivo.

Por otra parte, el equipo generó ese mismo año diferentes propuestas lúdico-recreativas y formativas que se sumaron al preexistente taller de jóvenes. Estos fueron pensados como espacios de encuentro y contención que tenían por objetivo promover la inclusión de nuevos sectores poblacionales al dispositivo, así como fomentar hábitos saludables y ampliar los intereses de los/as participantes. Concretamente, se organizó la pintada del mural “Darío por siempre”,⁴¹ se creó un “grupo de chicas”,⁴² y se armó una huerta en la Biblioteca.⁴³ No obstante, estas *acciones de vinculación*, por la asistencia discontinua de los/as jóvenes, la falta de recursos materiales, la ausencia de objetivos claros y/o la asignación de tareas y responsabilidades algo difusa, no lograron sostenerse en el tiempo (EDTCBC, 2018). De todas formas, lo cierto es que tanto estas actividades como el exitoso proyecto de cooperativa “La Alfarería”, un taller organizado por la Biblioteca y acompañado por el DTC donde adultos/as y jóvenes aprenden cerámica o costura y reciben un salario social complementario, fueron las que en su conjunto permitieron que, en el transcurso de 2018, el dispositivo construyera y fortaleciera su vínculo con los niños/as, adolescentes y jóvenes del barrio.

Actualmente, el DTC funciona tres veces por semana. Como veremos a continuación, desarrolla *actividades de vinculación* en la Biblioteca, *trabajo de calle y seguimiento de casos*, participa de forma periódica en la Mesa de Género y la Mesa del Consejo Local de Niñez del municipio, y organiza jornadas en espacios comunitarios e institucionales.

5.2.3 El trabajo del DTC Barrio Ceibo

El equipo del DTC BC está conformado por cuatro mujeres que presentan perfiles profesionales diversos: una es licenciada en Cs. de la Comunicación y las otras tres, estudiantes avanzadas de las carreras de psicología, comunicación y derecho, además, una de ellas es vecina del barrio. El equipo cuenta, asimismo, con el apoyo de un tutor de la Sedronar que acompaña en la elaboración del plan de abordaje, en la utilización de las herramientas de sistematización y durante el proceso de evaluación; y dispone de la colaboración de un referente de asistencia

41. El proyecto surgió a raíz del asesinato de Darío en una villa cercana que afectó profundamente a sus amigos/as muchos/as de los/as cuales se juntaban a tomar alcohol y fumar marihuana en las inmediaciones de la Biblioteca. La pintada se presentó como una oportunidad para tramitar la tristeza de estos/as jóvenes, pero también para acercarse a un sector de la población con el que la Biblioteca y el equipo de DTC tenía una relación distante. No obstante, pese a que los encuentros para planificar la actividad perfilaban la construcción de un espacio de vinculación, finalizado el mural la relación volvió a sus cauces habituales.

42. En el “grupo de chicas”, al que asistían un promedio de 8 jóvenes entre los 10 y los 15 años, se compartían desayunos, películas, manualidades, dibujos, conversaciones y tiempo para realizar tareas escolares.

43. Desde este espacio, se buscó llegar a un segmento de jóvenes a los que no se lograba convocar y reunir a *parceros/as* que no formaban parte aún de la *red operativa*. Se pensó también que el proyecto podía tener una veta laboral autogestiva, fomentar una cultura respetuosa con el ambiente, convocar nuevos/as vecinos/as, propiciar pautas conductuales beneficiosas, contribuir a mejorar la alimentación y empoderar a otros/as actores de la comunidad como *líderes de opinión* (EDTCBC, 2018).

técnica que acompaña la implementación y evaluación de las practicas territoriales y sus efectos (Astolfi Romero *et al.*, 2019). En cuanto a las condiciones laborales, los/as referentes se encuentran contratados por la Secretaría, mientras que los/as integrantes de los equipos perciben una beca estímulo por la que deben cubrir 30hs semanales de trabajo.

Los propósitos del equipo en el barrio son generar espacios de acompañamiento y escucha, promover la restitución de derechos vulnerados de los/as usuarios/as del dispositivo y aumentar la accesibilidad a servicios de salud (Astolfi Romero *et al.*, 2019). Para ello, el equipo desarrolla una serie de actividades – i.e. *trabajo de calle, creación, visibilización y articulación de redes, seguimiento de casos y actividades de vinculación* – y mantiene reuniones semanales. Las reuniones constituyen un aspecto central del dispositivo ya que le permiten al equipo diseñar, evaluar y, en caso de ser necesario, modificar las estrategias de intervención adoptadas. A tal efecto, se comparte la situación de los/as *parceros/as*, se evalúan las prácticas y acciones realizadas, se actualizan las herramientas de intervención, y se planifican las próximas tareas: recorridas por el territorio, organización de jornadas, participación en eventos comunitarios, etc.

En lo que respecta a las actividades, si bien cada una posee su especificidad, todas tienen como objetivo táctico propiciar la emergencia de *espacios de escucha activa y bajo umbral de acceso* orientados dar una respuesta a las demandas y necesidades de la población, al mismo tiempo que se busca realizar “algo útil para la comunidad” e implementar los ejes del TC. En este sentido, el equipo sostiene dos *acciones de vinculación* de carácter laboral y formativo periódicas en la *base segura*. Una de ellas es el proyecto de cooperativa “La Alfarería”, que es organizado por la Biblioteca, pero acompañado por el equipo con el objetivo de establecer lazos de confianza y generar oportunidades de diálogo con los/as jóvenes. La otra es el Espacio de Reflexión para Adolescentes (ERA) coordinado por el DTC, que se desarrolla los jueves por la tarde en la *base segura*. Este, como bien indica su nombre, se trata de un espacio en el cual, mientras se merienda y desarrolla la actividad que proponen las coordinadoras para cada encuentro, se conversa y reflexiona sobre diferentes temas. Los tópicos más recurrentes son las amistades, las relaciones amorosas y los problemas que ello trae con familiares y jóvenes del barrio y “de afuera”, aunque también las coordinadoras suelen preguntar por la escuela, hablan sobre “métodos de cuidado”, violencia de género e imparten contenidos previstos en la Ley de Educación Sexual Integral. Además, el equipo realiza *seguimiento de casos*, en general, mediante visitas domiciliarias semanales (y, en menor medida, por vía telefónica) que, en tanto suponen transitar el barrio, se presentan también como una oportunidad para encontrarse con *parceros/as* y vecinos/as y profundizar el *trabajo de calle*. Por último, este trabajo se complementa con recorridas territoriales,

la asistencia a las mesas municipales de Género y del Consejo Local de Niñez, y el desarrollo de *actividades de vinculación* más puntuales.⁴⁴

Ahora bien, en el desarrollo de estas actividades existe, amén de un objetivo táctico, un componente estratégico, que es la construcción de redes. Esto quiere decir que, cuando el equipo desarrolla actividades de *trabajo en calle, seguimiento de casos o de vinculación*, uno de sus objetivos es también *crear, visibilizar y fortalecer las redes del/a parcerola* y del dispositivo. Pero además significa que, cuando una persona se acerca con una demanda o necesidad específica, la estrategia de intervención y acompañamiento tanto a nivel individual como comunitario se piensa con las personas e instituciones – i.e. *RO, RRC, RLO* y *RRC* del dispositivo y *RS, RP* y *RLO del/la parcerola* – que pueden ser parte de y disponen de los medios adecuados para dar respuesta. Dicho de otro modo, la capacidad de dar respuesta del dispositivo se encuentra estrechamente ligada al trabajo de *creación, visibilización y articulación de redes* que lleva adelante el equipo.

En este sentido, el DTC BC ha trabajado concienzudamente para ampliar sus redes. De hecho, como se indica en los informes anuales, la *RSC* del dispositivo pasó de 38 a 149 *nodos* en el lapso de un año, incorporando sobre todo a personas que no tenían vínculo previo con la Biblioteca. Mientras que, en el caso de la *RRC*, la reconstrucción realizada a partir de los informes, notas de campo y entrevistas a integrantes del equipo,⁴⁵ permite inferir que el equipo ha articulado en su trabajo cotidiano con numerosas instituciones y organizaciones locales. La mayor parte de estos *nodos institucionales* son programas e instituciones del estado provincial, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, e instituciones del estado municipal, que provienen tanto del campo de la educación y la niñez – en su mayoría, escuelas – como del campo de la salud mental. Entre estas últimas, se destaca el trabajo conjunto con el CPA, otros dispositivos de la Sedronar (CAAC zona norte de Manuela Pedraza, y DIAT Juana Azurduy) y centros de psicopatología, psicopedagogía y orientación familiar.

De todas formas, pese al trabajo y esfuerzo realizado, el objetivo del dispositivo es que los/as *parceros/as* no se vinculen a la *RRC* únicamente a través del equipo, a fin de propiciar y alcanzar la tan mentada autonomía comunitaria. Esta meta se presenta dificultosa tanto para los/as habitantes del barrio como para las integrantes

44. Al momento de realizar el trabajo de campo, se estaban planificando dos actividades: una jornada en el jardín de Villa Esperanza (con el objetivo de trabajar los derechos de los NNyA y contenidos de la Ley de Educación Sexual Integral con madres y padres de La Ceibo y Esperanza) y la participación en el festival temático de fin de año de la Biblioteca, donde los diferentes espacios y talleres muestran su trabajo, y desde el ERA se propuso una batalla de freestyle (que en términos prácticos supuso para los jóvenes que participan del espacio presentar un proyecto, diseñar volantes y repartirlos por el barrio). Además, se estaba analizando la posibilidad de organizar una jornada o mini-festival y un taller de *freestyle, breaking* y *graffiti* con el proyecto itinerante de la Sedronar "Ritmo, barrio y poesía".

45. Como no se dispone de los datos generados por el dispositivo, la reconstrucción de la *RRC* se centró en las instituciones y organización antes que en los/as actores/actrices que la integran.

del equipo. Ello así porque, por un lado, las *peticiones* de los/as habitantes reproducen muchas veces las prácticas y representaciones tradicionales en torno a la gestión de las vulnerabilidades, y, en particular, el consumo y su abordaje, donde “expertos” escuchan, aconsejan y, si la situación reviste mayor complejidad, derivan a otro efector más específico. Por el otro, porque el propio equipo tiende a reproducir ese lugar de *expertise*, sobre todo, cuando se encuentra realizando *seguimiento de casos*. En este sentido, las integrantes manifiestan que deben aprehender que “las respuestas no necesariamente deben surgir y ser ejecutadas por el equipo, sino que debemos promover que las redes se activen y tomen parte en la resolución o en la construcción de respuestas” (EDTCBC, 2017, p. 3). No obstante, la construcción de una *RO* y la identificación de *líderes de opinión* que podrían facilitar este paulatino desplazamiento, todavía se encuentran en proceso. De hecho, durante el trabajo de campo se pudo advertir cómo la *RO* continuaba estando conformada únicamente por el equipo de TC y los/as trabajadores/as de la Biblioteca.

En esta línea, resulta de suma utilidad para el dispositivo evaluar la evolución de sus redes y el lugar que en ellas ocupan las integrantes del equipo. Para ello, la metodología de TC utiliza matrices de adyacencia que, pese a su gran complejidad, son sólo una de las tantas herramientas de intervención que posee el dispositivo.

De los instrumentos de intervención

Como parte de su trabajo cotidiano, los equipos de TC al igual que los DIAT, deben completar una serie de planillas y documentos: el Diario de Campo, la Hoja de Primer Contacto (HPC), la Planilla de Red Subjetiva Comunitaria o matriz de adyacencia, la Planilla de Seguimiento de Procesos Personales (SPP) o diario de procesos personales, el Sistema Estratégico de Tratamiento (SET), el Sistema Estratégico de Resultados (SER) y, la herramienta de evaluación de procesos que ya hemos explicado. Estas herramientas de registro, sistematización y evaluación del dispositivo, insumen un tiempo considerable al equipo, pero constituye una parte central del proceso. Ello así en la medida en que no sólo permiten obtener datos sobre las problemáticas de la comunidad, sino que ayudan a planificar las intervenciones y evaluar las acciones del equipo y resultados del TC.

El Diario de Campo es un registro detallado de todas las actividades desarrolladas, los encuentros hechos y las observaciones realizadas. En este sentido, en tanto contiene información sobre la comunidad, la construcción del dispositivo y el trabajo con los/as *parceros/as*, es un instrumento clave en el proceso de investigación en acción que permite construir otras herramientas como el SET, la RSC y la HPC. El SET, como ya fue explicado, es una herramienta diseñada para realizar el diagnóstico de la comunidad y conocer en profundidad sus dinámicas;

la Planilla RSC o matriz de adyacencia⁴⁶ es la herramienta de sistematización y medición del proceso de construcción de *redes* del dispositivo; mientras que, la HPC, al igual que la Planilla de SPP, son herramientas para el trabajo con los/as *parceros/as*. Específicamente, la HPC recaba información sobre el *primer contacto* (datos del/la *parcerol/a*, sus relaciones socio-afectivas, vulnerabilidades en el acceso a derechos, situaciones de violencia y/o de consumo problemático) como así también sobre las características de la demanda, las respuestas ofrecidas, y cuáles han sido sus resultados; en tanto que, la Planilla de SPP, o en su versión local diario de procesos personales, se abre cuando, a raíz de estos primeros encuentros, se advierte que la persona requiere de un acompañamiento personalizado. Allí, se recopila entonces información sobre el trabajo que el equipo realiza con algunos/as *parceros/as* y sus redes, lo que facilita el análisis y evaluación del proceso de seguimiento.

Por último, el SER responde a la necesidad de esclarecer cuáles son los resultados del TC. Concretamente, la herramienta relaciona la información sobre las condiciones de vulnerabilidad observadas al momento del *primer contacto* tanto con las actividades y los procesos implementados durante el TC (*variable independiente*) como con una *variable dependiente* que incluye siete categorías de riesgos o situaciones en las que se quiere producir un cambio (Serrano, Barros y Milanese, 2017). Así, al mismo tiempo que permite sistematizar las prácticas, favorece la reflexión sobre algunos contextos de vulnerabilidad, y facilita la evaluación de los procesos personales y de redes.

Algunas cifras

Desde su creación y hasta fines del 2018, el DTC BC había generado 103 HPC, 32 SPP y 12 SER. Para el *Informe de Gestión 2018* se sistematizaron los datos de 99 HPC. De los datos allí consignados se desprende que la mitad de las personas que se acercaron al dispositivo lo hicieron para pedir orientación, información o bien solicitar formación o capacitación. En cuanto a las *condiciones de la persona al primer contacto* priman las vulnerabilidades categorizadas como sociales (56,7%), aunque también se registran situaciones de violencia (15,2%) y de consumo problemático de sustancias (18%). En relación a estas últimas, un 23% de los/as *parceros/as* manifestó hacer uso de marihuana y un 15% de cocaína;⁴⁷ mientras que, un 15% mencionó tener problemas con el consumo de alcohol y un 13% con el consumo de alcohol y pastillas (EDTCBC, 2018).

Respecto al perfil sociodemográfico de los/as usuarios/as del DTC, el 59,6% son mujeres, el 37,4% hombres y un 3% refiere otra identidad de género. La mayor

46. La matriz de adyacencia permite medir, entre otras cuestiones, *amplitud y densidad* de una red, así como el *grado de centralidad de los nodos* que la componen

47. Además, en un 28% de los casos el equipo advierte que existe uso de alguna/s sustancia/s, sin poder identificar cuál/es de todas ellas.

parte tiene entre 10 y 17 años (33,3%), y entre 24 y 36 años (32%), mientras que, únicamente, el 11% tiene entre 18 y 23 años. Por otra parte, es importante mencionar que el equipo percibe una relación entre el género del/la consultante y la situación que lo/la motiva a acercarse al dispositivo. Así, advierten que los hombres se acercan por situaciones que los afectan a ellos mismos; mientras que, las mujeres acuden en su mayoría por terceros, generalmente familiares hombres, y, cuando consultan por ellas mismas, suele ser por cuestiones de género. De hecho, los *seguimientos personalizados*, involucran en su mayor parte a mujeres que atraviesan situaciones de violencia de género o vinculadas a la maternidad como, por ejemplo, abandono escolar por parte de alguno/a de sus hijos/as, temor a que algún/a hijo/a esté consumiendo y demandas vinculadas con la prevención de embarazos.

A fines de 2019, se contabilizaban aproximadamente 40 *parceros/as activos/as* y un total de 11 seguimientos personalizados, 10 de ellos a mujeres del barrio.

5.2.4 De conquistas, límites y desafíos

Como ya hemos señalado, los DIAT y los DTC forman parte de una misma política pública que tiene por objetivo principal el abordaje territorial integral de los consumos problemáticos orientado a la promoción, la restitución y el ejercicio de derechos como procesos potencialmente terapéuticos (Astolfi Romero *et al.*, 2019). No obstante, si desde los DIAT la propuesta es proveer una asistencia integral propiciando, en este sentido, el fortalecimiento de las redes locales, la elaboración de estrategias comunitarias, así como la articulación con diferentes organismos e instituciones del estado y organizaciones sociales; en los DTC se trata, en cambio, de mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de alta vulnerabilidad y sus comunidades promoviendo, para ello, “la reorganización de los recursos comunitarios” (Tufró y Carroli, 2018). En pocas palabras, el objetivo, en este último caso, es que no sea el equipo sino la comunidad la que ofrezca respuestas posibles a través de sus redes. Más aún, el horizonte del TC es la conformación de una *minoría activa (MA)* que continúe desarrollando actividades e iniciativas, con posterioridad a que el equipo se haya retirado. De este modo, aquello que se reviste de proceso democratizador, participación, y empoderamiento (Camarotti y Kornblit, 2015), demanda como contracara una comunidad “bien organizada”, capaz de autogobernarse, que se erige en motor y es considerada, aunque más no sea en parte, responsable de su propio cambio – y, por ende, factible de ser (aunque no por ello necesariamente) culpada de su fracaso (Candil, 2011).

Este deslizamiento hacia lo comunitario, por supuesto, no es novedoso. De hecho, es una parte central de las transformaciones que, como mencionábamos, se han producido en las formas de gobierno de los países occidentales desde la década de los años 70 (Gupta y Ferguson, 2006; Rose, 2007). Es más, debe inscribirse en el ámbito local en el marco del creciente protagonismo que han adquirido la

“comunidad” y lo “territorial” en el campo de las políticas sociales en las últimas décadas (Cravino, 2008; Rofman y Foglia, 2015; entre otros). No obstante, esta “reconfiguración compleja del territorio de gobierno” (Rose, 2007), lejos está de ser homogénea. Sin ir más lejos, en el modelo de la DNAE conviven, como vimos, dos propuestas bien diferentes. Por un lado, los DIAT, un dispositivo de base territorial que promueve la participación social y comunitaria y la articulación intersectorial en pos de ofrecer un abordaje integral; y, por el otro, los DTC, donde nos encontramos con que la comunidad ya no sólo se constituye en territorio de gobierno, sino, antes bien, en una *manera* de gobierno (Rose, 2007), es decir, donde ya no se trata de gobernar *en, con y desde*, sino *a través de ella*. En síntesis, un dispositivo en el cual la participación deja de ser deseable para volverse necesaria.

Ciertamente, una propuesta de estas características supone un enorme desafío al momento tanto de implementar como de medir y evaluar los avances, obstáculos y desafíos que enfrenta cada dispositivo. Para ello, la metodología de TC posee una gran cantidad de herramientas de intervención que facilitan la elaboración de diagnósticos territoriales, la sistematización de demandas y la recopilación de información sobre el trabajo y prácticas que realizan los equipos. Pero además, emplea complejos instrumentos de cálculo – que miden y evalúan procesos, redes y riesgos – que permiten esclarecer el impacto del dispositivo en términos de reducción de vulnerabilidades (i.e. principal objetivo de la política), como así también dar cuenta de la evolución de las redes, esto es, del proceso de construcción del dispositivo. Esta producción se complementa, por otra parte, con la información volcada en los informes de gestión, en donde los equipos describen el trabajo realizado en el año y relatan experiencias “exitosas”.

De ponderar el trabajo del DTC BC en estos términos, podríamos decir que el equipo ha ampliado significativamente su *RSC* y, en cuanto a la *RRC*, ha articulado con una gran cantidad de instituciones estatales y organizaciones sociales y comunitarias de la zona. De hecho, podríamos afirmar que, al igual que el DIAT JA, el equipo ha conseguido insertarse en las redes locales, generando en casos puntuales condiciones para el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos. Más aún, si bien encuentran serias dificultades para establecer vínculos con la población de jóvenes entre 18 y 24 años, gran parte de los/as *parceros/as* son mujeres lo que indica que se ha logrado mejorar los niveles de accesibilidad de esta población no sólo al dispositivo sino también a sus derechos. Sin embargo, lo cierto es que aquello que es generalmente definido en términos de “logro” – i.e. conseguir que una *parcera* comience a utilizar métodos anticonceptivos y asista a su primera consulta ginecológica, lograr que otra *parcera* realice un test de embarazo – aun de suponer un cambio concreto en la vida de estas personas, no sólo se presenta algo magro si se piensa en términos de resultados de una política pública; sino que continúa teniendo al equipo como facilitador del proceso. Por lo tanto, en términos

de los objetivos de la metodología que se emplea, la conformación de una *MA* se encuentra lejos. En otras palabras, si bien los/as habitantes de Villa Ceibo acuden al equipo, reproducen con frecuencia las representaciones tradicionales en torno a la gestión de las vulnerabilidades, resistiéndose a devenir “sujetos activos de su propio gobierno” (Rose, 2007).

Ahora bien, más allá del cumplimiento o no cumplimiento de los objetivos específicos del dispositivo, comprender las conquistas, límites y desafíos del DTC BC requiere dejar de lado miradas normativas – centradas en constatar si la implementación se corresponde o no con lo que sería “deseable” – y, en cambio, analizar las formas en que el dispositivo es efectivamente puesto en práctica. En el caso del DIAT, adoptar esta perspectiva nos permitió dar cuenta de toda una serie de actividades y estrategias de tipo promocional que eran desplegadas por el equipo, pese a que la DNAE y los/as propios/as trabajadores/as del dispositivo sostenían que en Juana Azurduy no había eje de promoción y protección de derechos puesto que no había edificio ni docentes/talleristas; pero también, entender que aquello que recibe el nombre de “articulación” y “participación social y comunitaria” adquiere múltiples significados y modalidades, conlleva enormes esfuerzos, y se traduce en una diversidad de prácticas cotidianas con disímiles consecuencias prácticas. En suma, volviendo al dispositivo de Barrio Ceibo, interesa no sólo atender al grado de desarrollo de las actividades (i.e. *trabajo de calle, creación, visibilización y articulación de redes, seguimiento de casos y acciones de vinculación*) previstas en el marco de la política, sino también a las características que adquieren los espacios, relaciones y redes que son creados, visibilizados y fortalecidos por el dispositivo.

Para ello, traemos a continuación una serie de episodios, conversaciones y reflexiones que dan cuenta de algunas dificultades que se le presentaron al equipo durante su trabajo cotidiano – como así también de otras posibles, pero con las que no tuvieron que enfrentarse –, que entendemos bien pueden ser pensadas, asimismo, como obstáculos con los que fácilmente pueden encontrarse otros dispositivos que operan con la metodología de TC. Nos referimos, por un lado, a la persistencia de representaciones sociales excluyentes entre quienes participan de las *actividades de vinculación* del dispositivo; y, por el otro, a la existencia de conflictos comunitarios que no parece factible tengan un desenlace constructivo en el corto o mediano plazo.

Incomodidad y maltrato en “La Alfarería”

Rocío, integrante del DTC, cuenta en el marco de una charla con Valeria, otra integrante del dispositivo, que habló con Daniela, una joven del barrio. Lo hizo porque se había enterado que Daniela le había pegado a Tatiana, su mamá y *parcera* del dispositivo. En el transcurso de la charla, cuenta que la joven le confesó que la madre la maltrataba verbal y psicológicamente. Y que, además, le comentó

que “no quiere ir más al taller. Que le gusta, pero que no quiere ir más, porque se siente incómoda”. Rocío, por su parte, se ofreció a hablar con Tatiana. Dicha conversación, como prometido, tuvo lugar ese mismo día. Al comienzo de la charla, explicó Rocío que la madre de Daniela, imaginando sobre qué tema versaría, se apresuró a aclarar que su hija “le causa muchos problemas y la hace enojar”. Ante la actitud defensiva de Tatiana, Rocío decidió “enfriar” la situación y decir que el motivo de la charla era hablar sobre su ausencia, en el último tiempo, al taller de cerámica. Esto aparentemente relajó a la mujer que le manifestó que, si bien “le gusta mucho la cerámica, no se siente cómoda y que las demás mujeres le hacen vacío”. Además, Rocío comentó que aprovechó la oportunidad para conversar sobre la situación de consumo que atraviesa Tatiana, quien le aseguró que estaba consumiendo menos y que ahora le importaba si su beba tenía leche y pañales. Al terminar su relato, Rocío agregó que Victoria, su vecina, tampoco está yendo al taller, que no quiere volver, y que le manifestó que “para maltratos, para sentirse golpeada, ya tiene suficiente en casa”.

Valeria, tras escuchar atentamente a Rocío, le preguntó, en primer lugar, por la red de Daniela y, en cuanto a Tatiana, sugirió proponerle que asista al CAAC de la zona para que tenga algún espacio de contención y comparta con otras mujeres. Luego, Rocío y Valeria conversaron sobre la falta de compañerismo en el taller y la necesidad de trabajar en ello. Si bien en esta en esa oportunidad no se diseñó ninguna estrategia concreta, se acordó en que se debía suspender una clase para “generar un espacio de confianza”.

Enemistades ancestrales

Una de las cuestiones que más llamó mi atención al comenzar el trabajo de campo en este dispositivo fue la aparente inexistencia de impedimentos para los/as vecinos/as de circular libremente por el barrio. Luego, conversando con las integrantes del equipo, éstas confirmaron que efectivamente no había grandes disputas entre sectores, bandas enemistadas o peleas entre familias que resultaran en enfrentamientos violentos o perturbaran de algún modo el acceso a espacios comunitarios o la libre circulación por las calles. Sin lugar a dudas, esto representa una gran ventaja para el desarrollo del dispositivo; pero, al mismo tiempo, invita a preguntarse, qué ocurre en otros barrios donde hay bandas, familias o incluso sectores enteros de la “comunidad” enfrentados.

Al compartir mi inquietud con el equipo, la respuesta de quienes poseían experiencia de trabajo en otros barrios no tardó en llegar: cuando existen conflictos comunitarios que no parece factible que tengan un desenlace constructivo en el corto o mediano plazo, queda en evidencia la “fragilidad del dispositivo”. Ello así en la medida en que, en muchas de estas situaciones construir relaciones de *parcería* con determinados/as actores/actrices clausura toda posibilidad de interactuar con

otros/as. De modo que, el dispositivo acaba ofreciendo respuestas parciales que reproducen lógicas y conflictos locales, socavando la posibilidad de que algunos sectores o miembros de la comunidad accedan a recursos y derechos de los que el estado debe ser garante.

En síntesis, los DTC se inscriben en relaciones sociales y dinámicas barriales que operan como facilitadores y obturadores del acceso a recursos estatales, en definitiva, a los derechos que el estado debe garantizar a los habitantes. Es más, aun cuando las relaciones sociales y dinámicas barriales no implican serias barreras en el acceso al dispositivo para los/as habitantes del barrio, la oportunidad de circulación por redes institucionales e intersubjetivas tampoco genera necesariamente condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos o procesos de integración comunitaria. Ello así toda vez que, entre otras cuestiones que retomaremos en las conclusiones de este trabajo, existen – o persisten pese a los esfuerzos del equipo – en las instituciones y organismos estatales tanto como en las organizaciones y espacios comunitarios, representaciones, lógicas y prácticas estigmatizantes, cuando no – como es el caso del hospital provincial de Juana Azurduy, pero también del Centro de Atención Primaria de la Salud de Barrio Ceibo – directamente violatorias de los derechos humanos.

Cabe entonces preguntarse, ¿posee la circulación por redes institucionales e intersubjetivas potencial terapéutico? ¿Genera ésta condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos? La respuesta a estos interrogantes, lejos de ser sencilla, entendemos, requiere apartarse de aquellas miradas ingenuas que promueven la participación comunitaria como esencialmente benévola y antídoto para todos los males sociales – sea la fuerza del mercado, la excesiva centralización y burocratización del estado moderno, o sea la fragmentación de los lazos sociales –, y atender a los diferentes contextos sociales, políticos y económicos en los que esta participación es propiciada.

6 CONSIDERACIONES FINALES

En este capítulo nos propusimos analizar, a partir de la descripción de las prácticas, actividades y metodologías de trabajo desplegadas por los equipos del DIAT Juana Azurduy y el DTC Barrio Ceibo, las principales conquistas, límites y desafíos que enfrentan la atención y cuidado a personas en situación de consumo problemático en estos dispositivos, en el marco de la historia de las políticas de atención en Argentina como así también de las más amplias transformaciones que han tenido lugar en las políticas sociales en el país en los últimos años.

En este sentido, hemos visto, por un lado, que el *modelo de abordaje integral territorial* en que se inscriben estos dispositivos es producto de la acumulación y yuxtaposición de una serie de experiencias de intervención y políticas de implementación reciente en Argentina que han implicado un quiebre con los modelos dominantes en

materia de atención y cuidado de los consumos problemáticos – i.e. *modelo médico hegemónico, alternativo subordinado y de auto-atención* (Pawlowicz *et al.*, 2011). Estas experiencias, descritas por Capriatti *et al.* (2015) y sistematizadas por Camarotti y Kornblit (2015) en el denominado *modelo de abordaje integral*, lejos están no obstante de ser homogéneas. De hecho, las iniciativas que se describen e inscriben en dicho modelo son tanto estatales como de la sociedad civil, ofrecen una diversidad de modalidades de atención y entremezclan lógicas y prácticas muy disímiles (Capriatti *et al.*, 2015).

Por otra parte, y pese a estas diferencias, al igual que ha sido identificado en otros campos de las denominadas políticas sociales, la tendencia en materia de atención y cuidado de los consumos problemáticos parecer ser hacia la institucionalización y territorialización de la “participación ciudadana” (Rofman y Foglia, 2015), pero también hacia lo “comunitario” (Candil, 2011; Cravino, 2008). De ello da cuenta la sanción de la Ley de Salud Mental (2010) y el Plan IACOP (2014), así como la creación de diferentes programas y el dictado de resoluciones donde, entre otras cuestiones, se reconocieron experiencias de abordaje comunitario llevadas a cabo por organizaciones eclesiales y sociales y se crearon dispositivos territoriales dependientes de la propia Sedronar (i.e. CET, CePLA, PEC y PAIS). De hecho, la reconfiguración de estos dispositivos en 2017 profundizó esta tendencia en la medida en que no sólo la DNAE elaboró un modelo propio y llevó a cabo un intenso proceso de capacitación para adecuar el trabajo en los dispositivos al modelo de abordaje propuesto; sino que, además, aumentó tanto la cantidad de dispositivos como los niveles de accesibilidad y otorgó a la participación social y comunitaria un lugar central en la implementación de la política. Más aún, la integración comunitaria, como vimos, continuó siendo uno de los pilares de la política y se mantuvo la preocupación por la integralidad e intersectorialidad así como el enfoque de derechos que caracterizó a la política pública de la gestión anterior (Abramovich, 2006; Rofman y Foglia, 2015).

No obstante, el proyecto de país en que se inscribe esta propuesta es bien diferente. Ya no se trata, como explican Rofman y Foglia (2015), de un modelo de desarrollo afincado en la recuperación del papel del Estado en el plano económico y social y en el crecimiento del mercado interno acompañados por la reorientación de las políticas sociales hacia un enfoque de derechos. Al contrario, el diseño e implementación del *modelo de abordaje integral territorial* se dio en el marco de un gobierno neoliberal responsable de un inusitado endeudamiento externo, el desplome de la industria nacional, el aumento del desempleo y la pobreza, y la aplicación de políticas de recorte presupuestario que se tradujeron en un rápido desfinanciamiento y desmantelamiento de las políticas sociales. En este contexto, la articulación intersectorial y la participación comunitaria *como vías para el acceso*, la restitución y el ejercicio de derechos, principales objetivos del modelo de abordaje de la DNAE, perdieron la institucionalidad que supieron tener en la política pública del período 2003-2015.

Así las cosas, en un gobierno *en, con y desde* la comunidad, como se propone en los DIAT, el esfuerzo de la articulación intersectorial – con miras a promover el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos – queda mayormente a cargo, como vimos, de los/as trabajadores/as del dispositivo; mientras que, en los DTC esta empresa, que aún está en manos de los equipos, en un futuro recaería idealmente en la “comunidad”. Es más, en estos últimos dispositivos, la participación comunitaria, ante la ausencia de políticas universales o de amplio alcance territorial y presupuestario con un impacto social y económico significativo para sus destinatarios, parece erigirse en la principal sino única respuesta del estado. En otras palabras, frente a situaciones de vulnerabilidad, la receta es la participación social y reorganización de los recursos comunitarios, lo que, en muchos casos puede implicar, como señalamos al presentar el DTC Barrio Ceibo, la reproducción de relaciones y dinámicas barriales que socavan la posibilidad de que algunos sectores o miembros de la comunidad accedan a recursos y derechos de los que el estado debe ser garante. Pero además, en un contexto de retirada de los organismos, los programas y las burocracias estatales responsables de ejecutar las políticas sociales y de retorno a posturas prohibicionistas y una retórica belicista de combate al narcotráfico, la consolidación de la presencia de la Sedronar en los barrios populares, a partir del reconocimiento de los dispositivos de la DNAE como referentes estatales, aunada a la permanencia (con aumento de facultades y mayor discrecionalidad) de las fuerzas de seguridad (Pita, Corbelle y Brescia, 2019), bien puede abonar al refuerzo de estereotipos de larga data que ligan juventud, pobreza, drogas y delincuencia.

En síntesis, si bien el modelo de abordaje de la DNAE, que tiene por principios rectores la universalidad de los derechos, la integralidad, la reducción de vulnerabilidades, el trabajo en red e intersectorial, la accesibilidad y el bajo umbral, la participación social y comunitaria, la perspectiva de género y el enfoque intercultural, es parte de un cambio paradigmático y necesario en las políticas públicas en materia de cuidado y atención de los consumos problemáticos, y aunque, en particular, el DIAT JA y el DTC BC han logrado posicionarse como referentes locales en la materia e insertarse en redes locales, conseguido aumentar los niveles de accesibilidad, y, en casos puntuales, generado las condiciones para el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos y procesos de integración comunitaria; lo cierto es que, sin un estado que garantice y tenga por objetivo ampliar el acceso a derechos de la población, la política en cuestión corre el riesgo de no ser más que un cascarón vacío. En otras palabras, la articulación intersectorial, el trabajo en red, y la participación social y comunitaria no son benévolas *per se*. Antes bien, se requiere de un contexto en que están dadas las condiciones de posibilidad para el acceso, la restitución y el ejercicio de derechos, de modo que la circulación por redes institucionales e intersubjetivas pueda desplegar su potencial terapéutico.

REFERENCIAS

- ABRAMOVICH, V. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. **Revista CEPAL**, n. 88, p. 35-50, 2006.
- ARGENTINA. Ministerio de Seguridad de la Nación. **Acuerdo Argentina sin Narcotráfico**. Presidencia de la Nación, 2016.
- ASTOLFI ROMERO, C. *et al.* Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: una experiencia de política pública. Sedronar, 2019.
- AUREANO, G. R. **La construction politique du toxicomane dans l'Argentine post-autoritaire**: un cas de citoyenneté à basse intensité. Tesis (de Doctorado) – Université de Montréal, Montréal, Canada, 1998.
- BARROS, R. *et al.* Justificación y viabilidad del Tratamiento comunitario. **Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina**, v. 64, n. 3, p. 185-197, 2018.
- BORDONI, M.; RAMÍREZ, R. Abordaje Territorial: una aproximación desde las experiencias de trabajo de equipos DIAT y TC desplegados a lo largo del territorio argentino. *In*: JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN, 13., 2018, Buenos Aires, Argentina. **Anais...** Buenos Aires, 2018.
- CAMAROTTI, A. C.; DI LEO, P. F.; JONES, D. **Entre dos mundos**: abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo Press, 2017.
- CAMAROTTI, A. C.; KORNBLIT, A. L. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. **Salud colectiva**, v. 11, n. 2, p. 211-221, 2015.
- CANDIL, A. ¿Gobernar la comunidad? Reflexiones sobre la letra escrita de una política social que aborda el consumo de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. **Revista Regional de Trabajo Social**, v. 25, n. 52, p. 30-37, 2011.
- CAPRIATI, A. *et al.* La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. **Revista Argentina de Salud Pública**, v. 6, n. 22, p. 21-28, 2015.
- CHIARA, C. **Distribución espacial de la población de Juana Azurduy**: una aproximación a partir de los tipos de hábitat. Trabajo final (Especialista en Demografía Social) – Universidad Nacional de Luján, Buenos Aires, Argentina, 2019.
- CORBELLE, F. La construcción social del 'problema de la droga' en Argentina, 1919-2018. **Revista Ingesta**, v. 1, n. 1, p. 14-40, 2019.

CORDA, A. R.; GALANTE, A.; ROSSI, D. **Personas que usan estupefacientes en Argentina**: de delincuentes/enfermos a sujetos de derechos. Buenos Aires: Intercambios; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014.

CRAVINO, M. C. Teorías del barrio. *In: Vivir en la villa*: relatos, trayectorias y estrategias habitacionales. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. 2008.

EDTCBC – EQUIPO DISPOSITIVO TRATAMIENTO COMUNITARIO BARRIO CEIBO. **Informe Final 2017**. Buenos Aires, 2017. Mimeografiado.

_____. **Informe de Gestión 2018 – Dispositivos de Tratamiento Comunitario Ceibo, Manuela Pedraza**. Buenos Aires, 2018. Mimeografiado.

FERGUSON, S.; GÓNGORA, A. La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina. *In: CONFERENCIA ANUAL DEL COPOLAD*, 2., 2012, Bruselas. **Anais...** Bruselas, 2012.

FERREYRA, F. G. Un nuevo paradigma en salud social: el Programa Recuperar Inclusión en la Sedronar del sacerdote Molina (2013-2015). **De Prácticas y discursos**, v. 8, n. 11, p. 3-28, 2019.

GALANTE, A. *et al.* Del adicto recuperado al operador socioterapéutico: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización. *In: JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UBA*, 10., 2013, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires, 2013.

GARBI, S. L. La administración de la palabra en las Comunidades Terapéuticas. *In: EPELE, M. Padecer, cuidar, tratar*: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia, 2012.

GUPTA, A.; FERGUSON, J. Spatializing states: towards an ethnography of neoliberal governmentality. **American Ethnologist**, v. 29, n. 4, p. 981-1002, 2002.

INCHAURRAGA, S. *et al.* **Drogas**: haciendo posible lo imposible – experiencia de reducción de daños en Argentina. Rosario: CEADS-UNR; ARDA, 2003.

INDEC – INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. **Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010**. Buenos Aires: INDEC, 2010.

LEVIN, L. G. Pastores, psicólogos y psiquiatras – disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. **Eä Journal**, v. 5, n. 1, 2013.

LÓPEZ BOUSCAYROL, M. Analizando rutinas y prácticas estatales – Políticas públicas en materia de drogas: la transición del CePLA al DIAT. *In: REUNIÓN DE ANTROPOLOGÍA DEL MERCOSUR*, 12., 2017, Misiones, Argentina. **Anais...** Misiones, 2017.

MACHÍN, J. Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. **REDES – Revista hispana para el análisis de redes sociales**, v. 18, n. 12, 2010.

MANZANO, V. Política, cultura y el problema de las drogas en la Argentina, 1960-1980s. **Apuntes de investigación del CECYP**, v. 24, n. 1, p. 51-78, 2014.

MAYNTZ, R. El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**, n. 21, 2001.

MILANESE, E. **Tratamiento Comunitario – Manual de trabajo I**. Brasil: Associação de Formação e Reeducação Lua Nova, 2016.

OAD – OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. **Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas – Informe de Resultados N° 1: magnitud del consumo de sustancias a nivel nacional**. Argentina: Sedronar, 2017.

_____. **Censo Nacional de Centros de Tratamiento**. Argentina: Sedronar, 2018.

_____. **Diagnóstico Integral Comunitario Barrio Ceibo – Manuela Pedraza**. Buenos Aires: Sedronar, 2019.

PAWLOWICZ, M. P. *et al.* Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos. *In*: BLANCK, E. (Coord.). **Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley nacional n° 26.657**. Buenos Aires: Eudeba, 2011.

PITA, M. V.; CORBELLE, F.; BRESCIA, F. **Las formas de la violencia policial: anatomía y gramática del poder policial en los barrios populares de la Ciudad de Buenos Aires**. Ciudad de Buenos Aires: Malón, 2019.

ROFMAN, A.; FOGLIA, C. La participación ciudadana local en la historia argentina reciente (de los '90 a la actualidad): asistencia, movilización, institucionalización. **Revista Estado y Políticas Públicas**, n. 5, p. 41-61, 2015.

ROSE, N. ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. **Revista Argentina de Sociología**, v. 5, n. 8, p. 111-150, 2007.

SALESSI, J. **Médicos maleantes y maricas**. Rosario: Beatriz Viterbo, 1995.

SEDRONAR – SECRETARÍA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACIÓN ARGENTINA. **Manual Casas Educativas Terapéuticas (CET)**. Buenos Aires: Sedronar, 2014a.

_____. **Manual Centros Preventivos Locales en Adicciones (CePLA)**. Buenos Aires: Sedronar, 2014b.

_____. **Modelo de Abordaje Comunitario (MAC) – La experiencia de la Red Federal de Puntos de Encuentro Comunitario (PEC)**. Buenos Aires: Sedronar, 2015.

_____. **Dispositivos integrales de abordaje territorial (DIAT)**. Sedronar, 2017a.

_____. **Seminario de formación sobre estrategias de abordaje territorial – módulos 1 a 3**. Buenos Aires: Sedronar, 2017b. v. 1-2.

SERRANO, I.; BARROS, R.; MILANESE, E. **Sistema Estratégico de Resultados (SER)**: Manual 2017. RAISSS, 2017.

SHORE, C. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. **Antípoda**, n. 10, p. 21-49, 2010.

TISCORNIA, S. Poder de policía, costumbres locales y derechos humanos en Buenos Aires de los 90. **Revista Antropolítica**, n. 9, p. 101-118, 2000.

TOUZÉ, G. **Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína**. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2006.

TOUZÉ, G. *et al.* Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 1999.

TNI – TRANSNATIONAL INSTITUTE. El paco bajo la lupa: el mercado de la pasta base de cocaína en el Cono Sur. **TNI Briefing series**, n. 4, 2006.

TUFRÓ, F. Presentación. *In*: ASTOLFI ROMERO, C. *et al.* **Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos**: una experiencia de política pública. Sedronar, 2019.

TUFRÓ, F.; CARROLI, M. Tratamiento Comunitario, una experiencia de registro, sistematización, y evaluación de abordaje territorial integral. *In*: JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN, 13., 2018, Buenos Aires, Argentina. **Anais...** Buenos Aires, 2018.

WEISSMANN, P. **Toxicomanías**: historia de las ideas psicopatológicas sobre el consumo de drogas en la Argentina. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2005.

ZICCARDI, A. Las políticas y los programas sociales de la ciudad del siglo XXI. **Papeles de Población**, v. 14, n. 58, p. 127-139, 2008.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTAR

ARGENTINA. Ley nº11.309. Modificación de los artículos 204 y 205. *Anales de Legislación Argentina*, v. 1820-1942, p. 190, 1924.

_____. Ley nº 11.331. Modificación de la Ley nº 11.309 sobre tráfico de alcaloides. Anales de Legislación Argentina, v. 1820-1942, p. 195, 1926.

_____. Código Civil de la República Argentina. 1968.

_____. Ley nº 17.567. Reforma del Código Penal. En: Anales de Legislación Argentina, v. XXVII-C 1967, p. 2867-2910, 1968.

_____. Ley nº 20.771. Estupefacientes – Concepto – Penas para quienes intervengan en la producción, venta y/o tráfico – Diversos supuestos de comisión del delito – Modificación del código penal. Anales de Legislación Argentina, v. XXXIV-D 1974, p. 3312-3313.

_____. Ley nº 23.737, de 21 de septiembre de 1989. Modificación al Código Penal – Narcotráfico. Buenos Aires, 10 oct. 1989.

_____. Ley nº 24.455, de 8 de febrero de 1995. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas beneficiarias del fondo de redistribución de la Ley nº 23.661. Buenos Aires, 1 mar. 1995.

_____. Ley nº 24.754, de 28 de noviembre de 1996. Establécese que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas “prestaciones obligatorias” dispuestas por las obras sociales. Buenos Aires, 23 dec. 1996.

_____. Ley nº 26.657, de 25 de noviembre de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, 2 dic. 2010.

_____. Ley nº 26.934, de 30 de abril de 2014. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). Buenos Aires, 28 mayo 2014.

_____. **Código Civil y Comercial de la Nación**. Buenos Aires: Infojus, 2014.
BUENOS AIRES. Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría Social de Tierras, Urbanismo y Vivienda. Registro Público Provincial de Villas y Asentamientos Precarios (RPPVAP). Buenos Aires, 2012.
PRESIDENCIA DE LA NACIÓN. Decreto nº 48/14, de 14 de enero de 2014. Modifica el Decreto nº 357/2002. Buenos Aires, 17 ene. 2014.

_____. Decreto nº 518/14, de 9 de abril de 2014. Apruébase la estructura organizativa de primer nivel operativo. Buenos Aires, 16 abr. 2014.

_____. Decreto nº 228/16, de 21 de enero de 2016. Declárase la Emergencia de Seguridad Pública. Buenos Aires, 22 ene. 2016.

_____. Decreto nº 1249/16, de 7 de diciembre de 2016. Emergencia nacional en materia de adicciones. Buenos Aires, 12 dic. 2016.

_____. Decreto nº 683/18, de 23 de julio de 2018. Sustituyense los artículos 1º, 3º, 23 y 24 del decreto nº 727/2006. Buenos Aires, 24 jul. 2018.

SEDRONAR – SECRETARÍA DE POLÍTICAS INTEGRALES SOBRE DROGAS DE LA NACIÓN ARGENTINA. Resolución nº 41/92, [s.d.].

_____. Resolución nº 266/14, de 26 de junio de 2014. Apruebase el programa integral de atención, asistencia e integración de personas que presentan un consumo problemático de sustancias que como anexo i forman parte integral de la presente. Buenos Aires, 19 ago. 2014.

_____. Resolución nº 204/15, de 15 de octubre de 2015. Apruébese el Programa de apoyo a la integración socio-laboral (Programa PAIS) que como anexo i forma parte integral de la presente resolución. Buenos Aires, 22 oct. 2015.

_____. Resolución nº 150-E/17, de 21 de abril de 2017. Derogúense las resoluciones Sedronar nºs 316 del 19 de noviembre de 2015 y 352 del 30 de noviembre de 2015. Apruebase el programa dispositivos integrales de abordaje territorial (DIAT) que como anexo (IF- 2017-06932543-APN-Sedronar) integra la presente resolución. Buenos Aires, 26 abr. 2017.

_____. Boletín estadístico y geográfico de los dispositivos de abordaje territorial: DIAT y DTC. Buenos Aires: Sedronar, 2018.

SEDRONAR; Ministerio de Salud de la Nación. Resolución conjunta no 160-3/95,

_____. Resolución conjunta nº 361-153/97, de 11 de junio de 1997. Establécense normas de categorización para aquellos establecimientos que brindan Servicios Preventivos – Asistenciales en Drogadependencia. Buenos Aires, data de publicação.

_____. Resolución conjunta nº 362-154/97, 11 de junio de 1997. Apruébase el Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción que deberá ser cumplimentado por todas las Obras Sociales y Asociaciones de Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud incluidas en la Ley nº 23.660 y las empresas o entidades prestadoras de servicios de medicina prepaga. Buenos Aires, 23 jul. 1997.

SEDRONAR; Secretaría de Gobierno de Salud. Resolución conjunta nº 5/2019, de 14 de junio de 2019. Apruebanse las pautas para la organización y funcionamiento de establecimientos de tratamiento en consumos problemáticos y lineamientos de adecuación institucional, mencionadas en el anexo I. Buenos Aires, 18 jun. 2019.

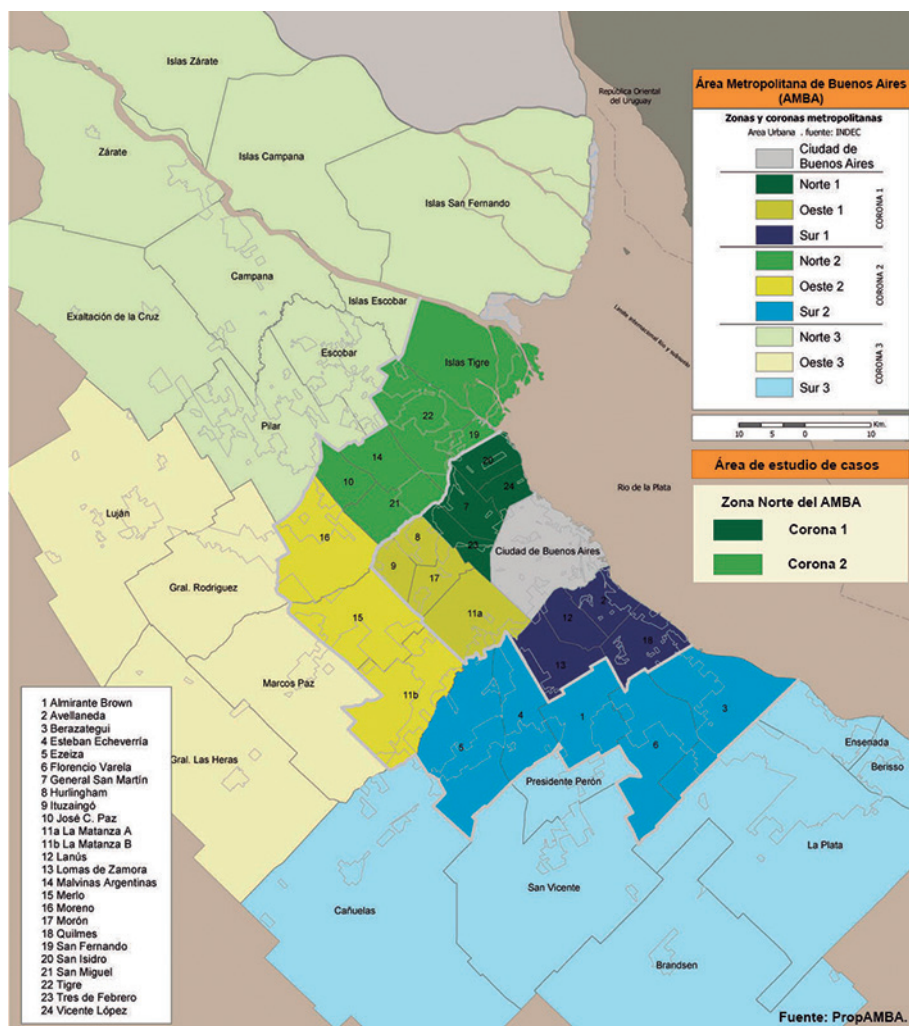
ANEXO A

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
CAAC	Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario
CAJ	Centro de Acceso a Justicia
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud
CDR	Centro de Referencia
CEDECOR	Centro de Orientación en Adicciones
CePLA	Centros Preventivos Locales de Adicciones
CET	Casas Educativas Terapéuticas
CESOC	Centro Sociocomunitario de Responsabilidad Penal Juvenil
CPA	Centro de Prevención de las Adicciones
CT	Comunidad Terapéutica
DIAT	Dispositivo Integral de Abordaje Territorial
DNAE	Dirección Nacional de Abordaje Estratégico
DTC	Dispositivo de Tratamiento Comunitario
ECO2	Epistemología de la Comunidad/Ética y Comunitaria
EDI	Equipo Distrital de Inclusión
EDIA	Equipo Distrital de Infancias y Adolescencias
OAD	Observatorio Argentino de Drogas
OPISU	Organismo Provincial de Integración Social y Urbana
PAIS	Programa de Apoyo a la Integración Socio-Laboral
PEC	Puntos de Encuentro Comunitario
Plan IACOP	Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos
Programa HF	Programa Hacemos Futuro
REPROPER	Registro Provincial de las Personas
SISU	Secretaría de Integración Socio-Urbana
SEDRONAR	Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas
TC	Tratamiento Comunitario

ANEXO B

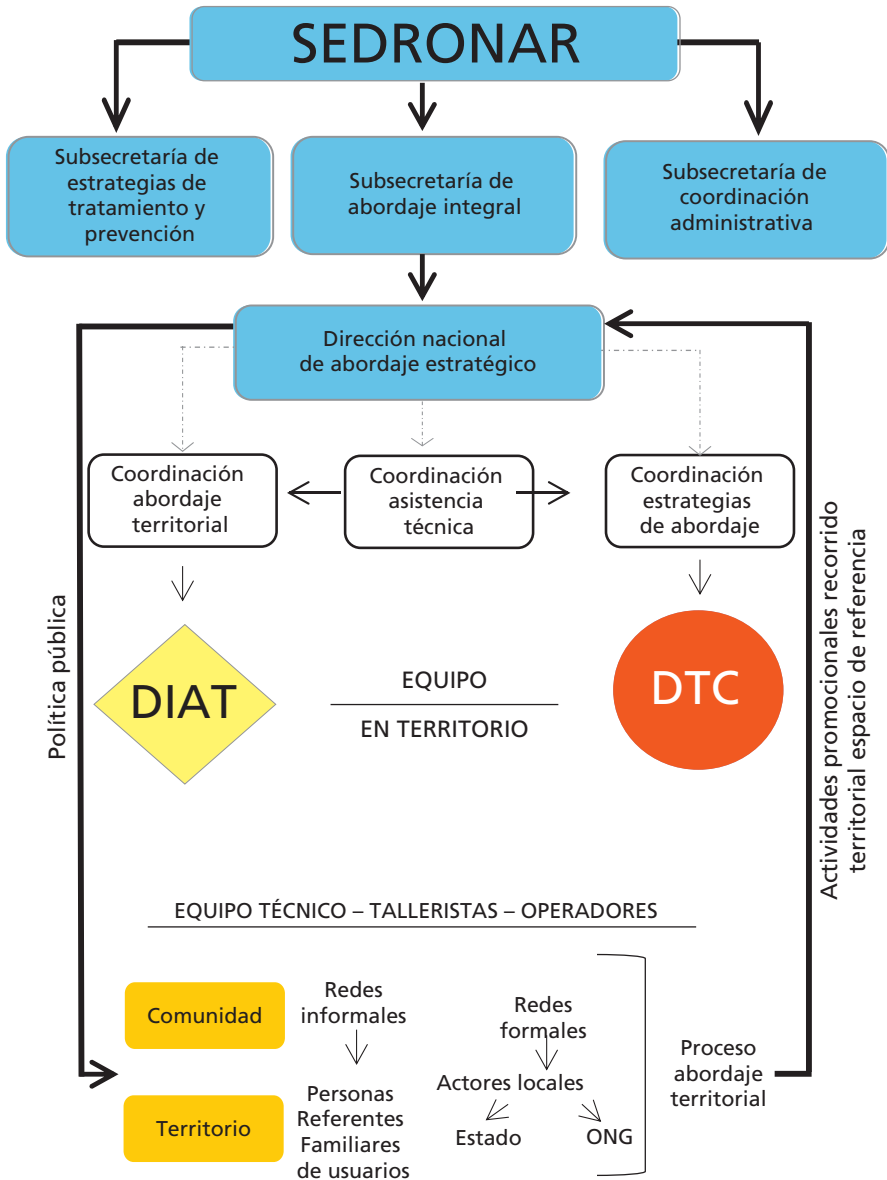
MAPA B.1
Localización de los estudios de caso



Fonte: PropAmba.

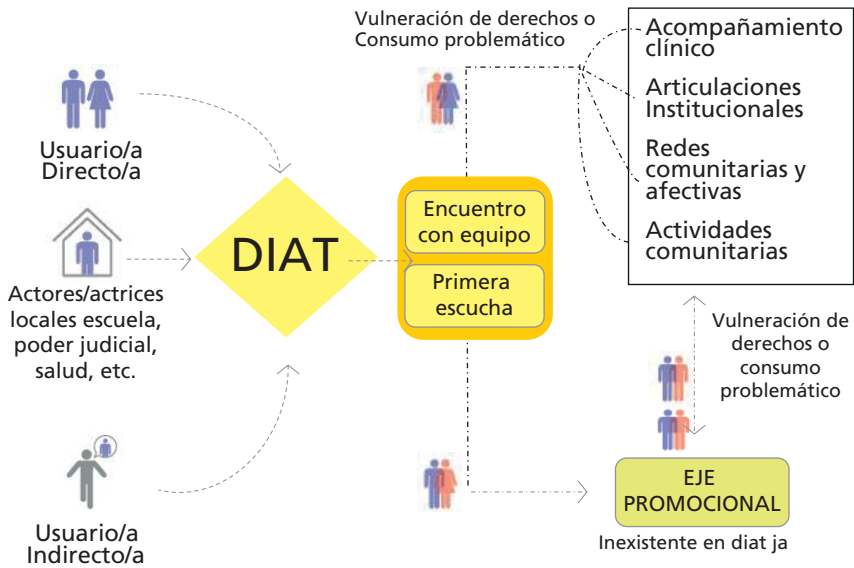
ANEXO C

FIGURA C.1A
Sedronar DIAT DTC

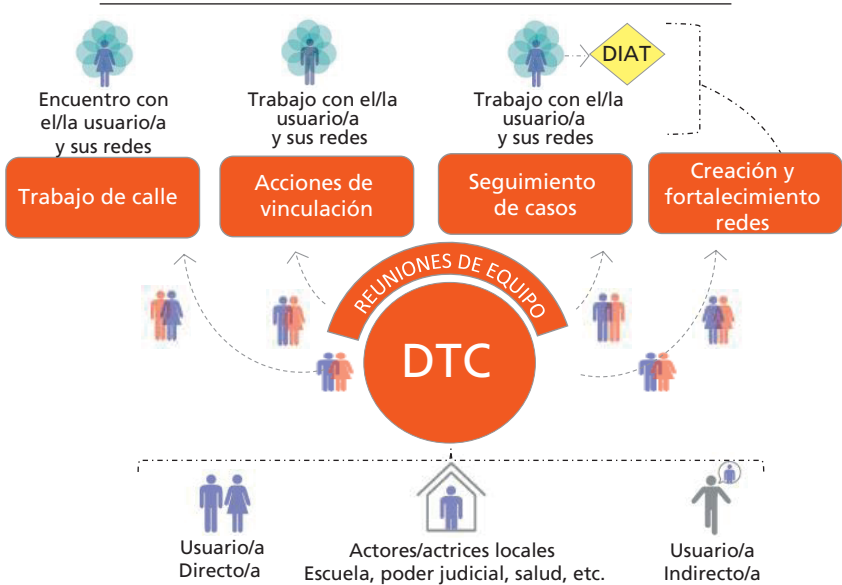


Fonte: Sedronar (2019).

FIGURA C.1B
Encuentros en equipo – DIAT y DTC

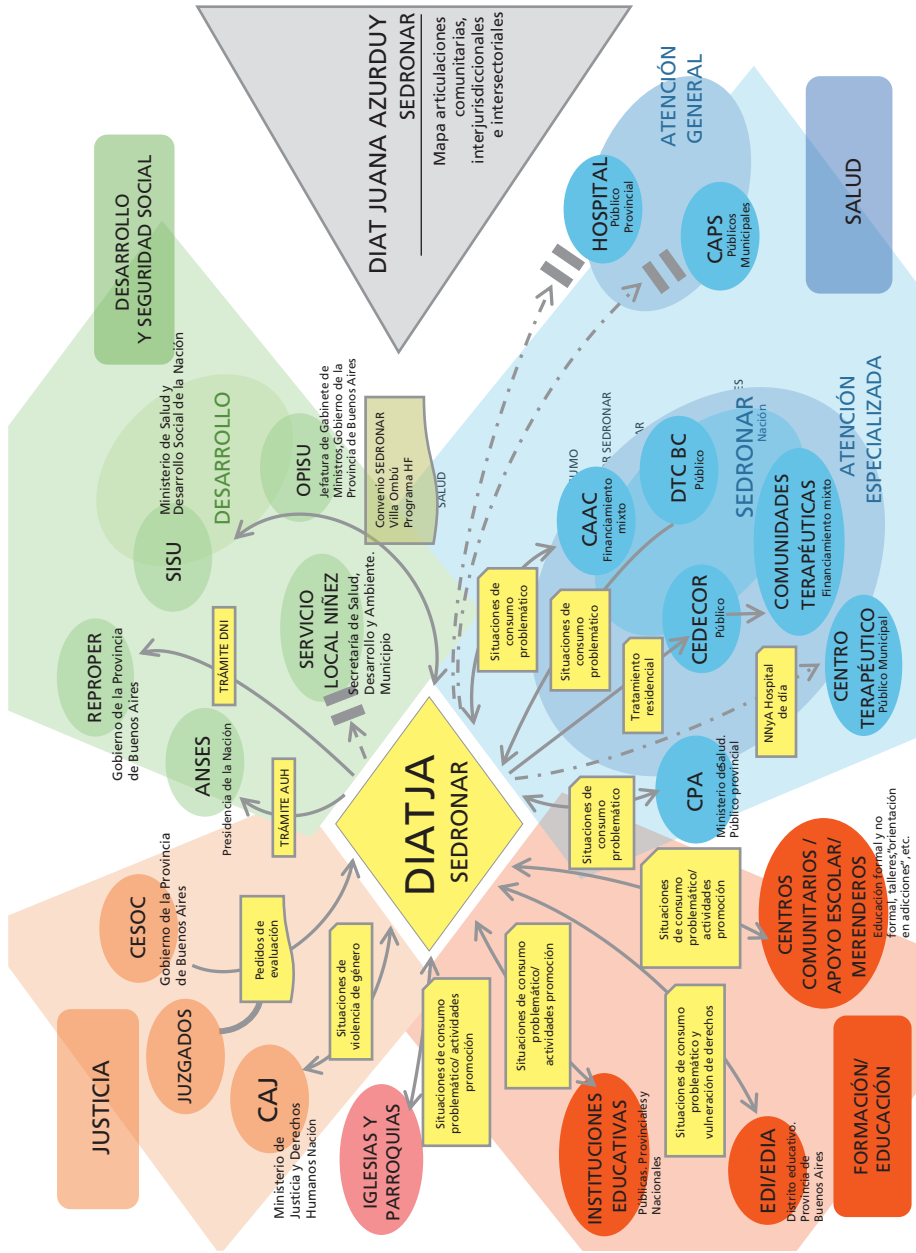


Espacios de escucha activa y bajo umbral de acceso



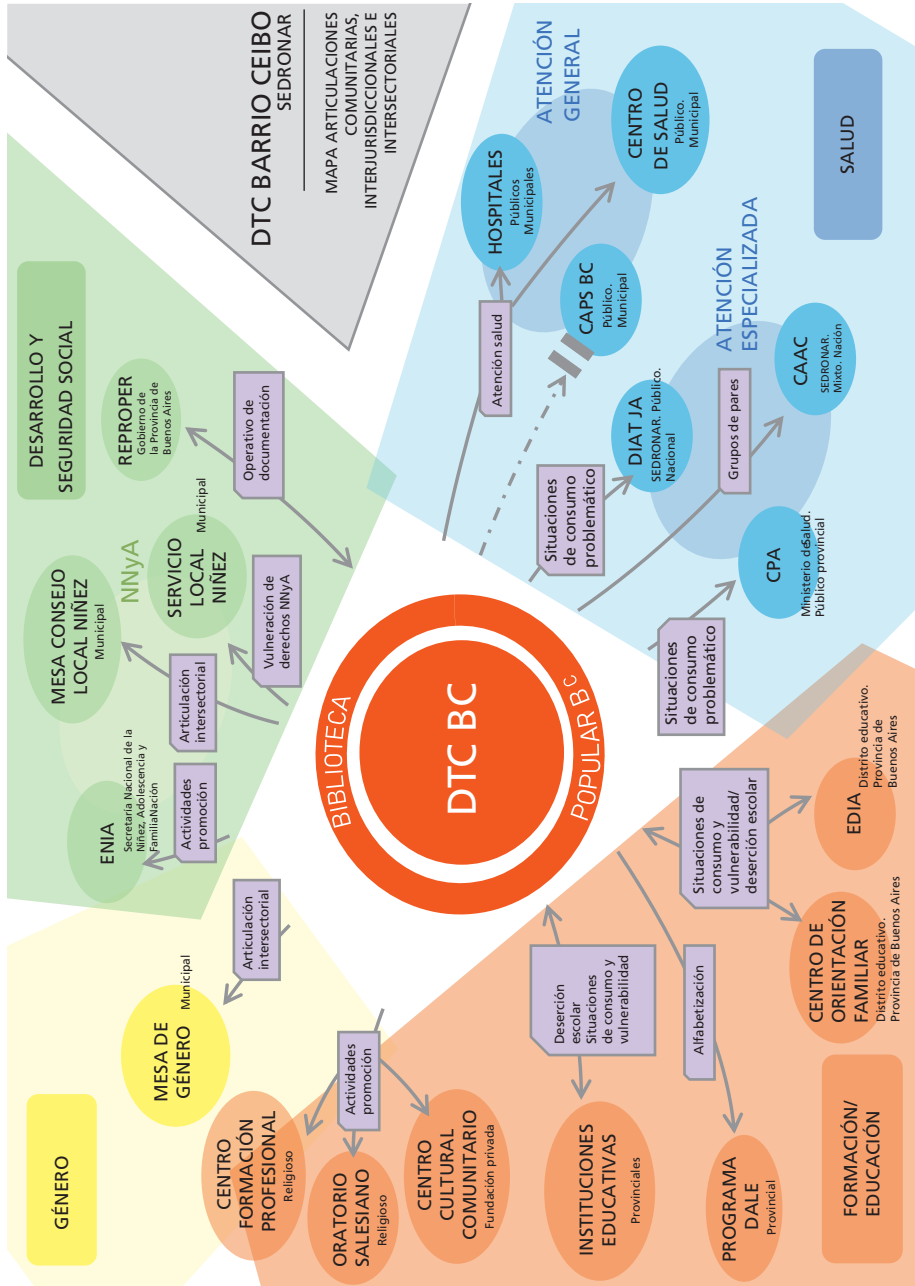
Elaboración de la autora.

FIGURA C.2
DIAT JA



Elaboración de la autora.

FIGURA C.3
DTC BC



Elaboración de la autora.

POLÍTICAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: EVOLUÇÃO HISTÓRICA E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Maria Paula Gomes dos Santos¹
Roberto Rocha C. Pires²

1 INTRODUÇÃO

Por quase todo o século XX, as aproximações do Estado brasileiro com as pessoas identificadas como usuários de drogas se deram, predominantemente, por meio de seu braço penal. Desde que internalizou, em legislação pátria, acordos e convenções internacionais que recomendavam maior controle sobre a produção, o comércio e o uso de determinadas substâncias (hoje conhecidas como *drogas*), no início dos anos 1920, o Brasil passou a impor, a estas pessoas, penas privativas de liberdade, em cárceres comuns ou manicômios. Somente no fim daquele século que as necessidades de cuidados específicos a este público ganhariam espaço em agendas governamentais, tornando-se objeto de políticas públicas assistenciais.

Nesse meio tempo, cuidados aos chamados *toxicômanos*³ eram providos por instituições médicas, filantrópicas e religiosas, que muitas vezes emulavam experiências mais ou menos bem-sucedidas em outros países (principalmente nos Estados Unidos), todas elas voltadas ao propósito de promover a abstinência e a “reinserção” de tais pessoas na sociedade, como sujeitos disciplinados, economicamente produtivos e politicamente dóceis.

A partir do novo século, uma reforma da política brasileira de saúde mental⁴ reorientaria o modelo assistencial a pessoas em sofrimento mental, tendo em vista reduzir a centralidade das internações psiquiátricas em favor da intensificação de cuidados de base comunitária,⁵ em serviços abertos. Estas mesmas providências

1. Técnica de planejamento e pesquisa na Diretoria de Estudos do Estado, Instituições e Democracia (Diest) do Ipea.

2. Técnico de planejamento e pesquisa na Diest/Ipea.

3. Utilizamos neste estudo a terminologia empregada ao longo de grande parte do século XX.

4. Lei nº 10.216/2001 (Brasil, 2001).

5. Segundo Góngora, Salazar e Borja (2020): “O Tratamento Baseado na Comunidade (TCC) (...) propõe uma abordagem do problema do consumo de drogas a partir de um modelo sistêmico (denominado ECO2) segundo o qual a vulnerabilidade dos usuários de drogas está fortemente relacionada à estrutura e densidade de suas redes sociais” (Machín, 2010; 2011; Milanese, 2005; 2010; 2012).