

# 1

## Historia de los tratamientos para los consumos de drogas

ANA CLARA CAMAROTTI Y MARTÍN GÜELMAN

En este capítulo presentamos una periodización de las respuestas para el tratamiento de los consumos de drogas en Argentina. Indagamos también las vinculaciones entre estas respuestas y los cambios en las percepciones sociales en torno a las y los consumidores de drogas y en las normativas jurídicas que colaboran en dichas construcciones. Para la delimitación de las etapas, tomamos como elemento central las respuestas que se fueron implementando tanto desde la sociedad civil (por parte de actores e instituciones religiosos y no religiosos) como desde el Estado.

Las imágenes que se construyen en torno a la persona consumidora de drogas en una etapa histórica determinada no son unívocas, sino que presentan diferencias entre grupos sociales. No obstante, una de ellas adquiere un carácter preponderante. Los factores que intervienen son: las normativas vigentes; la perspectiva de funcionarios gubernamentales y de actores relevantes de la sociedad civil en dicho momento; las imágenes construidas desde los medios de comunicación; y las características coyunturales que adquiere la problemática del consumo de drogas (fundamentalmente el tipo de sustancias que se consume y las modalidades de consumo). Esta percepción social incide, a su vez, sobre las normativas que se sancionan.

El capítulo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, reseñamos las normativas nacionales en materia de drogas para dar cuenta de los cambios en la imagen de las y los consumidores de drogas y el marco legal en que se fueron encuadrando las diferentes respuestas socio-terapéuticas. A continuación, describimos las características principales de una iniciativa pionera para el tratamiento no biomédico del alcoholismo: Alcohólicos Anónimos (AA). El carácter fundacional de esta respuesta se debe a que las intervenciones clínicas y psiquiátricas para el abordaje de la problemática eran fragmentarias y carecían de sistematicidad (Pascual Pastor, 2014). Esta respuesta conserva una fuerte vigencia y una extendida cobertura geográfica, tanto en Argentina como en otros países. Finalmente, realizamos una periodización de las diversas etapas de la historia de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina.

La primera etapa (1966-1982) se encuentra signada por el surgimiento de una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil precursoras en el tratamiento específico del consumo de drogas ilegalizadas: el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), el Servicio de Toxicomanías del Hospital “José Tiburcio Borda” y el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO). Lejos de presentar características que permitan elaborar un perfil institucional, estas iniciativas adoptan diversas modalidades de atención (grupos de autoayuda, hospital de día, desintoxicación e internación hospitalaria, comunidad terapéutica) y diversos enfoques (multidisciplinarios y holísticos; exclusivamente psiquiátricos; religioso-espirituales no profesionalizados).

La segunda etapa (1983-1988) se inicia con la restauración democrática en Argentina y la consiguiente ampliación de las libertades civiles. Esto permitirá que una problemática que permanecía oculta, en virtud de la fuerte represión y estigmatización de las y los consumidores de drogas, adquiera mayor visibilidad. En este contexto, surgió una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil que

asumieron, fundamentalmente, la metodología de la comunidad terapéutica y adoptaron una perspectiva de trabajo abstencionista.

La tercera etapa (1989-2007) se corresponde con la masificación del consumo de drogas y la consiguiente proliferación de instituciones de tratamiento. Si bien las iniciativas de índole abstencionista conservan el predominio, surgen algunos enfoques alternativos como la reducción de daños, que en la década de 2000 se plasman en normativas jurídicas. Las modificaciones legales buscan evitar que la prevención y asistencia de los consumos de drogas se reduzcan a las intervenciones biomédicas. En su reemplazo, se hace hincapié en la promoción de la salud. Desde este enfoque se enfatiza en el mejoramiento de las condiciones sociales e institucionales que permitan una mayor autonomía de las y los consumidores de drogas, concebidos como ciudadanos de pleno derecho. Otro elemento característico de esta etapa es la creación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) en 1989. El significativo incremento en el número de instituciones durante esta etapa se explica también por la implementación de un régimen estatal de financiamiento de los tratamientos a través de un sistema de becas otorgadas por dicha secretaría.

Finalmente, la cuarta etapa (desde 2008 hasta la actualidad) se inicia con el surgimiento de respuestas que basan su trabajo en mejorar la inclusión social de las personas que usan drogas. Entre las más significativas encontramos iniciativas tanto de la sociedad civil (centros barriales) como del Estado (Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario, Centros Integradores Comunitarios) pertenecientes a la SEDRONAR. Estas respuestas se han dirigido a poblaciones vulnerabilizadas, un grupo para el que era difícil encontrar respuestas accesibles y efectivas.

## Marco normativo nacional e internacional en materia de drogas

A continuación, realizamos un breve recorrido por las normativas legales que dieron marco a las políticas de drogas en Argentina.

La tenencia de ciertas drogas fue definida como ilegal por primera vez con la sanción, en 1926, de la Ley 11.331. Esta norma penalizaba la tenencia de sustancias medicinales, alcaloides y narcóticos por parte de personas que no estuvieran autorizadas a venderlas (o estando autorizadas las comercializaran sin receta) o no justificasen una “razón legítima” para su posesión. Como expresa Valeria Manzano (2014), más allá de las posibles formas de penalizar el consumo que fueron discutidas por los legisladores y por la flamante Brigada de Alcaloides -dependiente de la División de Moralidad de la Policía de la Ciudad de Buenos Aires-, esta práctica de consumo quedó amparada en el artículo 19 de la Constitución Nacional, que no permite la injerencia estatal en los actos privados de individuos que no ofendan el orden y la moral pública ni afecten a terceros.

El Estado argentino ratificó la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 e impulsó la diferenciación que esta proponía entre uso y abuso de drogas mediante el Decreto Presidencial 7.672 de 1963 y luego con la Ley 17.818 de 1968. Pese a que Argentina adhirió al listado de sustancias elaborado por la Convención, en la reforma general del Código Penal (Ley 17.567) en 1968, durante el gobierno del general Juan Carlos Onganía (1966-1970), se introdujo una cláusula que dejaba por fuera de la penalización a quienes tuvieran en su poder sustancias estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran el uso personal (Touzé, 2006). En otras palabras, esta cláusula limitaba los delitos relacionados con las drogas a la producción y el tráfico, pero no penalizaba la tenencia para consumo personal. Para

Manzano (2014), este hecho demuestra que el consumo de drogas ilegalizadas no era aún percibido como un problema significativo.

En 1974 fue sancionada la Ley 20.771, que penalizaba la tenencia de una amplia gama de sustancias, aun para uso personal. La ley preveía penas de entre uno y seis años de prisión. A su vez, la sanción de la norma supuso que por primera vez se impusieran tratamientos de rehabilitación compulsivos, en tanto la persona consumidora era considerada, simultáneamente, “delincuente” y “enferma”. Tal como expresa el artículo 9:

Quando el condenado por cualquier delito dependiere física o psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación adecuado y los cuidados terapéuticos que requiera su rehabilitación (Ley 20.771).

Según Brígida Renoldi (1998), esta fue la plasmación jurídica de la estrecha asociación entre droga y delincuencia que durante esta década imperaba en el imaginario político y social. El responsable de redactar el borrador de la ley fue el por entonces ministro de Bienestar Social del gobierno de María Estela Martínez de Perón, José López Rega. Esta ley constituyó una herramienta por la cual “los toxicómanos” podían ser (y de hecho lo eran) sometidos a prisión o debían internarse para su rehabilitación. Esta ley puede ser considerada como mojón inicial de un proyecto represivo dirigido a restaurar la autoridad del Estado en todas las esferas de la vida social y cultural, en especial en lo referente a la sociabilidad juvenil (Manzano, 2014).

A este respecto, no debe sorprender que la Ley 20.771 haya sido sancionada prácticamente en simultáneo con la Ley 20.840<sup>1</sup> que “(..) reglamentó la llamada ‘lucha antisub-

---

<sup>1</sup> La sanción de la Ley 20.840 fue publicada en el Boletín Oficial solo siete días antes que la de la Ley 20.771.

versiva' y que legitimó en el país la 'doctrina de seguridad nacional'. Ambas normas extendieron así el control sobre el mismo sector social –los jóvenes– 'sospechosos' de interpe-lar al status quo" (Touzé, 1996: 24). Según Manzano (2014) esta ley estableció fuertes vínculos entre juventud, drogas y subversión, y trajo tres consecuencias desafortunadas. En primer lugar, situó la problemática de las drogas como un asunto de seguridad nacional siendo las y los consumidores y las prácticas de consumo las caras de ese enemigo interno. En segundo lugar, la obligatoriedad de tratamiento que imponía se constituyó como una estrategia de vigilancia médica del adicto. Por último, la ilegalización de la tenencia para uso personal introdujo la posibilidad de que todos, principalmente los y las jóvenes, fueran "potencialmente" adictos, lo que llevó a reforzar y recrudecer las posibilidades de controlar, hostigar y encarcelar a las personas. La ley otorgaba a agentes policiales un marco que les permitía enviar a prisión a quienes consideraran "sospechosos" de consumir drogas.

Manzano encuentra que la figura del toxicómano que se construyó en Argentina difería de la que se había elaborado en América del Norte y en Europa Occidental. Mientras que en estas regiones la utilización de dicha figura permitió sostener estereotipos raciales y de género para lograr el control estatal sobre poblaciones no blancas, en Argentina la figura del adicto se vinculaba con una categoría sociocultural basada en criterios etarios o generacionales: la juventud.

Desde la sanción de la Ley 20.771, comenzó una escalada hacia el endurecimiento de las leyes sobre drogas. Estos cambios legislativos introdujeron a la Argentina dentro del grupo de países que consideraba al consumo de drogas como una práctica peligrosa que debía ser perseguida y combatida.

Durante los años de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), algunos jueces plantearon cuestionamientos al artículo 6 de la Ley 20.771, que penalizaba con prisión o

rehabilitación compulsiva a aquellas personas que poseyeran drogas para consumo personal. Dicho cuestionamiento reeditaba el debate sobre el papel del Estado como árbitro de las acciones y decisiones privadas de los individuos. El debate alcanzó su punto más álgido una vez restaurada la democracia con el emblemático caso “Bazterrica”. En 1981, Gustavo Bazterrica, guitarrista del grupo de rock Los Abuelos de la Nada, fue detenido en su domicilio por la posesión de tres cigarrillos de marihuana y condenado a un año de prisión en suspenso por violar el mencionado artículo. En 1986, la Corte Suprema de Justicia de la Nación falló a favor del acusado y determinó la inconstitucionalidad del artículo sexto de la ley vigente dado que violaba el artículo 19 de la Constitución Nacional. La sanción suponía una intromisión en la intimidad del individuo en la medida en que sus acciones no afectaban a terceros. El nuevo contexto social, político y cultural que introdujo el gobierno democrático de Raúl Ricardo Alfonsín (1983-1989) brindó el marco de posibilidades para el fallo judicial.

Como explica Manzano (2014), esta “primavera post-dictatorial”, es decir, la posibilidad que parecía abrirse para concebir los consumos de drogas desde una matriz liberal y democrática, encontró su fin rápidamente. El gobierno de Alfonsín no solo no avanzó en esta línea, sino que comenzó a promover marcos regulatorios aun más estrictos que la ley vigente. El endurecimiento de la normativa respondió a la convicción de que si se lograba reducir el consumo se estaría combatiendo el narcotráfico.

En 1988 tuvo lugar en Viena (Austria) la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefácnicos y Sustancias Psicotrópicas. Las naciones signatarias se comprometieron a establecer como delito la posesión, compra o cultivo de drogas para fines de consumo personal, no medicinal. La ratificación de la Convención por parte de Argentina tuvo como consecuencia la inmediata adopción de una legislación que avanzó en la penalización del consumo de drogas, pese a lo establecido por la Corte Suprema

poco tiempo antes. De esta manera en 1989 se sancionó en el Congreso Nacional la Ley 23.737, que penaliza la tenencia de estupefacientes. La aprobación de la norma fue un primer eslabón de los cambios que traería el gobierno de Menem en materia de drogas, con respecto a las cuales adoptó una política de “tolerancia cero”. A partir de la sanción de la –aún vigente– Ley 23.737 continuó la senda de penalización de la tenencia de drogas con independencia de la cantidad y del propósito para el que se la/s tenga (Touzé, 2001; 2006). Con esta ley se produjo una demanda considerable de tratamientos por derivación judicial, que fue acompañada por el financiamiento del Estado mediante un sistema de becas y la obligatoriedad de cobertura por parte de las obras sociales y las medicinas prepagas (Touzé, 2006). María Epele (2010) sostiene que la introducción de esta posibilidad en la normativa redundó en la constitución de un dispositivo policial-judicial-sanitario.

(...) si en el juicio se acreditase que la tenencia [de drogas] es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación (Ley 23.737).

La persona infractora que es sometida a un tratamiento compulsivo por derivación judicial como alternativa a la condena penal no es absuelta. Por el contrario, la condena la acompaña durante el proceso de recuperación, en forma latente. El sujeto solo es desincriminado si logra culminar un tratamiento, lo que implicaría la “cura” del consumo (Ghioldi, 2016). Las estadísticas nacionales evidencian que la impronta penalizadora de la ley no logró disminuir los niveles de consumo de drogas.

En las décadas de 1990 y 2000 no hubo cambios significativos en la normativa nacional. Como veremos, en la tercera etapa se registraron algunas modificaciones en leyes provinciales, especialmente en la provincia de Buenos



Aires. Recién en 2009 con el fallo “Arriola” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación se reactualiza el debate iniciado con el fallo “Bazterrica” sobre la incompatibilidad entre la incriminación de la tenencia de drogas para consumo personal (Ley 23.737) y el *principio de reserva*, entendido como la no injerencia del Estado en los actos privados que no afecten a terceros (artículo 19 de la Constitución Nacional). El fallo “Arriola” desencadenó un debate legislativo sobre la modificación de la Ley 23.737 y la despenalización del uso de drogas que, pese a los consensos alcanzados, no redundó en la sanción de una nueva norma (Vázquez y Stolkner, 2010; Cunial, 2015).

En abril de 2014, se sanciona el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Ley 26.934). A través de este plan, el Estado asume una gran cantidad de obligaciones respecto de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas e incorpora la perspectiva de la “reducción de daños”. Bajo esta última denominación se entienden aquellas acciones que “promuevan la reducción de riesgos para la salud individual y colectiva y que tengan por objeto mejorar la calidad de vida de los sujetos que padecen consumos problemáticos, disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles y prevenir todo otro daño asociado, incluyendo muertes por sobredosis y accidentes” (Ley 26.934).

En la actualidad el marco normativo argentino plantea un diálogo heterogéneo. Tal como explica Leonardo Ghioldi (2016), este marco normativo se extiende desde la sanción penal –con previsión de prisión– para la persona hallada con alguna sustancia ilegalizada, independientemente de su cantidad (medida amparada en la Ley 23.737), hasta la protección, resguardo y cuidado de quienes consumen drogas por parte del Estado que garantiza la Ley 26.934.

## **Una iniciativa pionera en el tratamiento no biomédico del alcoholismo: Alcohólicos Anónimos**

En 1935, a partir de la iniciativa de un grupo de alcohólicos que buscaban encontrar una respuesta a su problemática, tuvo lugar en el Hospital Municipal de Akron, estado de Ohio, Estados Unidos, la primera reunión de Alcohólicos Anónimos (AA). Desde su origen, AA se convirtió en una iniciativa pionera en el tratamiento no biomédico del alcoholismo ya que, hasta ese momento, el abordaje de la problemática transcurría exclusivamente por los senderos de la clínica y la psiquiatría. El carácter no biomédico del abordaje de AA radica en que no ofrecen prestación de servicios de desintoxicación ni de enfermería, hospitalización, medicinas o cualquier tratamiento médico o psiquiátrico (Folleto informativo de AA).

Los grupos de AA son dispositivos ambulatorios de autoayuda grupal integrados únicamente por alcohólicos o ex alcohólicos, sin participación de profesionales de la salud. Sin embargo, desde la institución se fomenta que aquellos sujetos que busquen complementar la participación en los grupos con la ayuda profesional puedan hacerlo. El potencial terapéutico de la ayuda grupal radicaría en la identificación con el resto de los participantes, quienes al haber “pasado por lo mismo” se encuentran en condiciones de comprender los sentimientos y experiencias de otro alcohólico.

Uno de los elementos fundamentales de estos dispositivos es la concepción del alcoholismo como una enfermedad crónica o incurable, contagiosa, compulsiva y progresiva de la mente, de las emociones y del cuerpo que, sin embargo, puede controlarse. Esta concepción resultaba novedosa para la época, ya que rompía con la mirada hegemónica que lo entendía como un defecto moral o una perversión. Otra característica central de estos grupos es la importancia que

le atribuyen a la abstinencia. La abstinencia total es visualizada como “la única manera de contrarrestar el alcoholismo” (Folleto informativo de AA).

La recuperación en AA está basada en los Doce Pasos. Estos constituyen un programa de recuperación de orientación espiritual pero explícitamente no religioso, es decir, no adscripto a ningún credo institucionalizado (De Ieso, 2012; Fossi y Guareschi, 2015; Grippaldi, 2015). Los materiales bibliográficos que elabora AA se empeñan en afirmar el carácter no confesional de la organización, ante la evidencia de que buena parte de las reuniones tienen lugar en dependencias de instituciones religiosas. La utilización de estos ámbitos responde a una serie de factores: las posibilidades de garantizar el anonimato de las y los participantes, y la confidencialidad de las reuniones; su disponibilidad y facilidad de acceso; y la escasa (o nula) contraprestación económica que las entidades religiosas suelen exigir por su cesión. La pretensión de diferenciar el carácter espiritual del programa de la matriz religiosa se fundamenta en que la espiritualidad es entendida como una experiencia dinámica de búsqueda de sentido trascendente en la vida cotidiana, mientras que la religión es asociada a la institucionalización o formalización de un conjunto de creencias y prácticas vinculadas con dicha búsqueda (De Ieso, 2012). Sin embargo, ha de notarse que difícilmente espiritualidad y religión puedan colocarse en compartimientos estancos. Resulta ilustrativa de esta dificultad la consideración según la cual los Doce Pasos se practican como una forma de vida y contienen elementos que se encuentran en las enseñanzas espirituales de muchas religiones (Folleto informativo de AA).

Además de su carácter no profesionalizado y espiritual, AA se autodefine como un programa “apolítico, económicamente autosuficiente y a disposición de todos, en casi todos lados” (Folleto informativo de AA). AA no recibe aportes económicos de agencias gubernamentales ni de organizaciones de la sociedad civil, sino que se financia

exclusivamente con las contribuciones voluntarias de las y los participantes de los grupos y con la venta de su material bibliográfico.

Los resultados positivos que comenzaron a mostrar los dispositivos, es decir, el creciente número de personas que lograban permanecer sobrias, llevó a que el movimiento se extendiera rápidamente por el mundo (Menéndez, 2003). En la actualidad, se estima que existen alrededor de 150.000 grupos de AA distribuidos en más de 180 países, lo que lo convierte en el mayor programa de autoayuda del mundo (Fracasso, 2008). AA apela a los 2 millones de personas que, a partir de su participación en los grupos, “han logrado la sobriedad” para autodefinirse como el “tratamiento más eficaz contra el alcoholismo” (Folleto informativo de AA).

Con posterioridad a la aparición de los grupos de AA surgió en 1953 un dispositivo que trabaja desde una metodología idéntica y halla sus raíces en la misma matriz ideológica, espiritual y terapéutica: *Narcóticos Anónimos* (NA). Como su nombre lo indica, aquello que diferencia a NA de AA es que la primera está dirigida exclusivamente a consumidores de drogas ilegalizadas. Los grupos de NA comienzan a desarrollarse en Los Ángeles, California (Estados Unidos) como un desprendimiento de AA por parte de ex adictos a la heroína.

En Argentina, los grupos de AA comenzaron a funcionar en 1953 y actualmente tienen presencia en todas las provincias del país. Por su parte, el origen de los primeros grupos de NA en Argentina se remonta a 1986 (Renoldi, 1998; Rodríguez, 2009; Pawlowicz *et al.*, 2010).

## Etapa 1. Primeras respuestas para el tratamiento específico de drogas ilegalizadas (1966-1982)

A diferencia de lo que ocurría a nivel internacional desde el segundo tercio del siglo XX, en Argentina el consumo de drogas no era un tema de agenda del Estado. Por el contrario, este era un tema percibido como ajeno.

“Esto aquí no pasa” era la respuesta generalizada ante la imagen estereotipada del heroinómano<sup>2</sup> (representado como el usuario de drogas “típico”) que la literatura mostraba en los países centrales (EE.UU y Europa occidental) o ante los usuarios de marihuana que la cinematografía local circunscribía a reducidos y elitistas grupos de “snobs de clase alta y gente de la noche” (Touzé, 2006: 49-50).

Con independencia de los grupos de autoayuda de AA, que como mencionamos en el apartado precedente comenzaron a funcionar en Argentina en 1953, la primera institución especializada en la provisión de tratamientos para las *fármacodependencias* (alcoholismo y drogadicción) data de 1966 (Renoldi, 1998; Rodríguez, 2009; Pawlowicz *et al.*, 2010). El Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) fue creado en el marco de la cátedra de Toxicología, dirigida por el profesor Alberto Ítalo Calabrese, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) (Touzé, 2006; Levin, 2013). El objetivo fue ofrecer tratamientos gratuitos a las y los consumidores y sus familias.

A fines de la década de 1970 el FAT atendía entre 50 y 60 personas permanentemente. Brindaba servicio médico de urgencia, servicio de asistencia social y psiquiatría. Trabajaba

---

<sup>2</sup> La heroína nunca ingresó al mercado ilegal de sustancias de América Latina y fue suplantada por la cocaína. Esto llevó a que situaciones y prácticas similares de consumo conlleven resultados diferentes.

activamente en prevención y había comenzado a vincularse con las primeras organizaciones de la sociedad civil [dedicadas a la temática] (...) (Levin, 2013: 7).

En lo que respecta a la composición profesional, el FAT ha tenido, desde su surgimiento, un carácter interdisciplinario. Su enfoque de trabajo se encuadra dentro de lo que definen como *sociología crítica*, perspectiva cuyo propósito es problematizar el significado social del consumo de drogas (Touzé, 2006). Desde su fundación hasta 1980, el FAT funcionó en las dependencias de la cátedra de Toxicología. A partir del retiro de Calabrese, en dicho año, la institución cuyo funcionamiento dependía enteramente del apoyo de la cátedra debió independizarse de esta y reconvertirse en una asociación civil sin fines de lucro. A partir de la separación, la dirección del FAT quedó a cargo de uno de los hijos del fundador, el sociólogo Alberto Eduardo Santiago Calabrese.

La creación, en 1966 (pocos meses después de la fundación del FAT), del Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX), también dependiente de la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA, y del Servicio de Toxicomanías en el Hospital “José Tiburcio Borda” en 1972, constituirán las primeras respuestas estatales para el abordaje de la problemática.

El CEPRETOX surgió a partir de un convenio entre la cátedra y la Secretaría de Salud Pública.<sup>3</sup> Brindaba tratamientos ambulatorios y llevaba a cabo tareas preventivas, charlas a la comunidad y asesoramiento telefónico. A diferencia del FAT y del CEPRETOX, el Servicio de Toxicoma-

---

<sup>3</sup> Cabe destacar que la salud pública no siempre tuvo rango ministerial en Argentina. El gobierno de facto que llega al poder en 1955, a partir del derrocamiento del presidente Juan Domingo Perón, disuelve el Ministerio de Salud Pública creado en 1949 y subsume su actuación dentro del Ministerio de Asistencia Social, que poco tiempo después sería desarticulado. En 1966, con la sanción de la Ley Orgánica de Ministerios (Ley 16.956) se crea el Ministerio de Bienestar Social en cuya órbita funciona la Secretaría de Salud Pública (Levin, 2013).

nías del Hospital Borda ofrecía internaciones. Su abordaje combinaba aspectos psiquiátricos con la implementación de actividades recreativas. El servicio prestó asistencia durante solo dos años (Renoldi, 1998; Levin, 2013). Manzano sostiene que, pese a que el servicio estaba inspirado en la anti-psiquiatría y proponía la creación de vínculos horizontales entre pacientes y profesionales, en la práctica “(...) la vida en el pabellón se parecía bastante poco al modelo” (2014: 58).

A partir de la promulgación de la Ley 20.771 en 1974, el ministro de Bienestar Social López Rega impartió a la Policía Federal Argentina (PFA) el mensaje de que la prevención de la toxicomanía era una faceta más de la *lucha contra la subversión*. En términos operativos, esto se tradujo en la creación de un departamento de toxicomanía al interior de la fuerza. Este hecho convirtió a la PFA en la primera institución policial del mundo en contar, dentro de su estructura, con una división de estas características. A partir de la instauración de la División de Prevención de la Toxicomanía, la PFA se convirtió en el motor de la prevención de esta problemática en Argentina (Aureano, 1998). La participación directa de López Rega en el tratamiento de aspectos vinculados al consumo de drogas permitió el establecimiento de un acuerdo bilateral con Estados Unidos (Morgenfeld, 2014). A partir del acuerdo el Ministerio de Bienestar Social comenzó a recibir un importante caudal de fondos del Tesoro Nacional por los cuales no tuvo que rendir cuentas. En 1975, la mencionada división se expandió a seis brigadas que fueron a capacitarse a Estados Unidos (Manzano, 2014).

Otro hito en la conformación de la drogadicción como problema público fue la creación en 1973 del Centro Nacional de Reeduación Social (CE.NA.RE.SO), a través de la Ley 20.332, por iniciativa de la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) del Ministerio de

Bienestar Social<sup>4</sup> (Renoldi, 1998; Camarotti, 2010; Garbi, 2013; Levin, 2013; Manzano, 2014). El centro tenía por objeto brindar

“(...) asistencia integral (...) [a] personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencias físicas o psíquicas, [así como el desarrollo de] (...) tareas de investigación biomédica, psicológica y social [y la] (...) capacitación en servicio para personal especializado” (Ley 20.332).

El CE.NA.RE.SO “(...) fue el primer y más importante centro especializado en la rehabilitación de adictos de América Latina” (Levin, 2013: 15). En su origen, funcionaba como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social (Levin, 2013). La institución tuvo desde su creación, al igual que el FAT, un carácter interdisciplinario. Su equipo de trabajo ha estado compuesto por profesionales de las siguientes disciplinas: psiquiatría, psicología, medicina clínica, toxicología, epidemiología, terapia ocupacional, sociología, antropología, trabajo social, psicopedagogía, educación y enfermería (Touzé, 2006). A su vez, esta institución mostró gran dinamismo en publicaciones y trabajos que marcaron una clara diferencia con los discursos y las prácticas de la época. Según Luciano Guillermo Levin, la creación del CE.NA.RE.SO respondió más a las crecientes exigencias internacionales de implementar estrategias terapéuticas para toxicómanos que a la “(...) incipiente demanda

---

<sup>4</sup> La CONATON, creada en 1972, tenía entre sus funciones “(...) planificar y proponer la ejecución de programas de prevención y educación, para protección de la comunidad; asistenciales para tratamiento específico; de rehabilitación familiar y reubicación laboral por medio de agencias sociales, jurídicas y de represión, a través de los órganos específicos de seguridad” (Decreto 452/72). La creación de la CONATON fue impulsada, en gran medida, por la llegada de representantes del gobierno estadounidense presidido por Richard Nixon.



asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse” (2013: 12).

Como expresa Graciela Touzé (2006), la creación del CEPRETOX y del Servicio de Toxicomanías del Hospital Borda ubicó el consumo de drogas como un problema psiquiátrico-toxicológico, cuyo control fue confiado a profesionales médicos. Las propuestas del CE.NA.RE.SO y del FAT, en cambio, lo entendieron, categorizaron y significaron como un problema psico-socio-cultural, por lo que se requería la presencia de otros profesionales.

Durante la década de 1970, y especialmente durante los años de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), se produjo un cambio en la imagen social de la persona consumidora de drogas. Esta comenzó a ser vista como un sujeto *peligroso para la seguridad*, como la o el joven contestatario que cuestionaba el orden establecido. En particular, las y los jóvenes eran sindicados de manera alternativa y complementaria de *drogadictos* y de *subversivos* (Touzé, 2006).

En 1977 se puso en marcha un proyecto para planificar acciones escolares relacionadas con la salud psicofísica y espiritual, que promueve que las y los jóvenes puedan hacer elecciones responsables. El mismo fue realizado por la Dirección Nacional de Educación Media y Superior, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID).

A modo de cierre, durante el autodenominado *Proceso de Reorganización Nacional* se profundizó la represión y estigmatización de las personas usuarias de drogas. A su vez, se enfatizó aun más la vinculación que se había establecido entre uso de drogas ilegalizadas y subversión. Rosa del Olmo (1999) señala que esta vinculación es una constante geopolítica del continente americano durante este período, debido a la fuerte influencia del gobierno de Estados Unidos. A partir de la calificación, por parte de este último

país, del problema de las drogas ilegalizadas como un asunto de seguridad nacional, la *guerra contra la insurgencia* y la consideración de estas sustancias como parte de dicho combate se convirtieron en un eje central de las políticas de los gobiernos de la región (Del Olmo, 1999).

## **Etapas 2. Mayor visibilidad del consumo de drogas y nuevas respuestas abstencionistas (1983-1988)**

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de una serie de libertades civiles supusieron una mayor visibilidad social del fenómeno del consumo de drogas. El “fenómeno de las drogas” inicia una nueva fase caracterizada por un aumento del consumo de sustancias en cantidad y variedad, que inaugura una época de *policonsumo* (Camarotti, 2010).

En este clima de transición, las políticas que se formulaban para abordar la problemática muchas veces tenían más líneas de continuidad que de ruptura con el gobierno dictatorial. En oposición a un estandarte del gobierno de facto como la *guerra contra las drogas*<sup>5</sup> y ante la extendida opinión de que, con el pretexto del combate contra las sustancias ilegalizadas, se habían llevado a cabo prácticas abusivas, se esperaba que el rol del Estado democrático frente a la problemática fuera diferente (Aureano, 1998; Touzé, 2006; Camarotti, 2011). De este modo, se produjo un traspaso de la figura de la persona adicta como *culpable* y *delincuente*, a otra que la definía como *enferma*. “La nueva

---

<sup>5</sup> Con el término *guerra contra las drogas* se designa a la estrategia estadounidense de persecución de la producción, comercio y consumo de drogas ilegalizadas a través de la intensificación de las sanciones penales, implementada en 1971 durante la presidencia de Richard Nixon y luego replicada en la mayoría de los países.

democracia se esforzaba en visibilizar al adicto como un ciudadano con derechos y con problemas sobre los que el Estado debía intervenir” (Mansilla, 2015: 66).

Esto redundó durante las décadas de 1980 y, especialmente, de 1990, en la multiplicación de centros de atención estatales y de la sociedad civil (religiosos y no religiosos), que ofrecieron una pluralidad de estrategias de prevención y tratamiento. La proliferación de instituciones dedicadas a la temática tuvo como corolario la creación, durante estos años, de dos redes: la *Federación Argentina de Comunidades Terapéuticas* (FACT) –fundada en 1985– y la *Federación de Organizaciones No Gubernamentales de Argentina para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas* (FONGA) –que comienza su labor en 1986, pero obtiene la personería jurídica en 1991.

Como señalamos en un trabajo previo (Camarotti, 2010), en estos años de retorno de la democracia, la opinión de la Iglesia católica fue determinante en la construcción del problema. En sus análisis buscó unificar temas tan disímiles como aborto, prostitución, drogadicción, divorcio y violencia, presentándolos como los *nuevos males* que la sociedad argentina debía enfrentar. A pesar de que el gobierno de Alfonsín se mostró en desacuerdo con el tratamiento que la Iglesia católica les dio a muchos tópicos que esta institución determinó como prioritarios, al momento de dar respuesta a los problemas de los consumos de drogas, las medidas institucionales implementadas se basaron en una postura abstencionista y represiva que *demonizaba* a las sustancias. No obstante, la gestión de Alfonsín al frente del Poder Ejecutivo Nacional colaboró para legitimar nuevos discursos preventivos, al tiempo que amplió y diversificó la oferta asistencial y reavivó el debate legislativo, convirtiendo a la *drogadicción* en un tema prioritario de la agenda pública.

Con el objeto de promover el diseño de políticas preventivas y asistenciales y la formación de recursos humanos destinados a reducir la oferta y la demanda de drogas, en 1985 fue creada, bajo la órbita del Ministerio de Salud y

Acción Social, la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD). Esta institución

(...) avanzó hacia una perspectiva educativo-sanitaria sobre el tema del consumo de drogas, apartándose del enfoque de control social que caracterizó a la dictadura militar. La comisión trabajó (...) en la construcción de una mirada no punitiva sobre la tenencia de drogas para uso personal, aunque sin modificar las leyes penales (Mansilla, 2015: 66).

Las respuestas del gobierno, en este período, se sustentaban en dos líneas de trabajo diferenciadas. Por un lado, llevaban a cabo la lucha contra el narcotráfico. Por otra parte, abordaban la prevención y la reducción de las consecuencias negativas del consumo.

En 1986, la CONCONAD presentó ante el FNUFUID el Plan Maestro para la implementación y apoyo a las actividades del Plan Nacional de Control y Prevención del Uso Indebido de Drogas (1986-1989), que describía la situación en los siguientes términos:

Si bien no podemos decir que la República Argentina sea un país de producción de drogas ilícitas o que el consumo de estas haya adquirido proporciones alarmantes (no se registran consumidores de heroína), se la considera país de tránsito de drogas ilícitas y productora de sustancias precursoras químicas esenciales. Asimismo las estadísticas existentes muestran un aumento rápido del consumo en los diez últimos años de las drogas en el siguiente orden: 1) marihuana (hay un alarmante crecimiento del ingreso de esta droga al país y se registra un aumento de la producción local), 2) psicofármacos (sobre todo anfetaminas y barbitúricos), 3) cocaína (clorhidrato y sulfato), 4) LSD [ácido lisérgico] (...) El Gobierno Nacional ha decidido enfrentar decididamente el problema del narcotráfico y el abuso de drogas aprovechando la posibilidad de combatirlo desde una óptica preventiva,

que permite la planificación y programación coherente, privada de la urgencia de enfrentar un problema incontrolable (CONCONAD, 1986, citado en Touzé, 2006: 59).

En 1986 se sancionó la Ley 23.358, que incluía en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción. El Ministerio de Educación puso en marcha también el Programa Nacional de Educación Preventiva que incluía proyectos de capacitación con docentes. La incorporación de estrategias preventivas y ya no solo respuestas asistenciales fueron una marca del gobierno de Alfonsín.

En lo que respecta a las respuestas asistenciales, un hito fundamental en esta etapa fue la creación en 1982, por parte del pastor evangélico Carlos Novelli, del Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones “Programa Andrés”. La fundación de Programa Andrés –primera comunidad terapéutica de Argentina– constituye una muestra clara del rol fundamental que las instituciones religiosas desempeñaron (y aún desempeñan) en el abordaje de la problemática.

En sus orígenes, Programa Andrés, lejos de ser una institución estructurada para ofrecer tratamientos formales para el consumo de drogas, consistía en la puesta en práctica de grupos de autoayuda que se desarrollaban en lo que se conocía como *granjas comunitarias* (Levin, 2013). Según Levin, resulta complejo definir como *tratamiento* al tipo de prácticas que tenían lugar en estas granjas comunitarias.

[Estas granjas] (...) daban techo [un lugar donde dormir] a los que querían recuperarse de la adicción, recibían ayuda de las familias y de organizaciones religiosas, producían objetos vendibles y trataban de subsistir de este modo errático y poco organizado (...) fundamentalmente [se buscaba] (...) sostener la abstinencia sometándose voluntariamente a las reglas de la comunidad. [En sintonía con los preceptos del modelo estadounidense de comunidad terapéutica (*Daytop*)] horarios, roles y jerarquías preestablecidas no podían ser modificadas

ni cuestionadas. Drogas, sexo y agresión estaban terminantemente prohibidos bajo pena de expulsión de la comunidad. El incumplimiento de alguna de estas normas era visto como una traición, y la expulsión privaba al adicto de la posibilidad de reincorporación (2013: 35-36).

Wilbur Ricardo Grimson (2001) reserva el término *unidades de supervivencia* para designar a estos proyectos primitivos o protocomunidades terapéuticas. En su crecimiento, estos proyectos fueron advirtiendo que adoptaban características propias del modelo de comunidad terapéutica, tal como se concebía en Europa y Estados Unidos. Desde su fundación, Programa Andrés estuvo fuertemente influenciado por el modelo estadounidense de comunidad terapéutica. El propio Novelli mantuvo vínculos estrechos con *Daytop* (Grimson, 1998; Renoldi, 1998). El programa terapéutico de la comunidad tuvo inicialmente una fuerte impronta religiosa que fue perdiendo con el transcurso de los años. En la actualidad, el tratamiento detenta una orientación espiritual, pero la institución no adscribe a ningún credo religioso.

[Programa Andrés] nace en la casa [de Carlos Novelli], en el garaje de la casa (...) empiezan los primeros grupos. Los primeros grupos tenían que ver con reuniones en donde solamente estaba orientado a leer "La Palabra", se juntaban con la Biblia, leían un párrafo y ahí trataban de ver cómo y de qué manera le daban una vuelta a lo que correspondía. El paso siguiente fue abrir la comunidad terapéutica, la primera granja, en donde trasladaron lo que hacían en el garaje para el otro lado (...) Esta primera granja [estaba] en [la localidad bonaerense de Diego Gaynor], un lugar rural que quedaba a 100 kilómetros aproximadamente de la Capital [Federal], (...) era (...) medio como una comunidad *hippie* porque (...) estaban reunidos solamente alrededor de la Biblia. Como esto no les daba resultados, empezaron a capacitarse. La capacitación tuvo que ver (...) con un recorrido donde traen el modelo (...) que se trabajaba en Estados Unidos [el modelo de comunidad terapéutica de *Daytop*]; un modelo que era bastante rígido,

que no tenía mucho que ver con las cuestiones espirituales (...) A este modelo (...) se le suma que el pastor Novelli tenía esta orientación que era mucho más espiritual (...) El modelo tiene que ver con una cuestión bastante conductista o conductual (...) Al principio este modelo norteamericano (...) tiene que ver justamente con que solamente está [integrado por] personas que hayan tenido la experiencia de haber pasado por esto. Esto fue el comienzo de la comunidad terapéutica. Después los resultados que empezaron a arrojar este tipo de cuestiones, no eran los esperados. [Los argentinos] veníamos de un régimen demasiado rígido [la última dictadura cívico-militar], querer incorporar un régimen en una comunidad también rígida era bastante complejo y complicado. Carlos Novelli se comunica con el *Proyecto Hombre* [*Progetto Uomo*] de Italia (...) y de España (...) estos proyectos (...) funcionan con unas características bastante más parecidas a lo que es nuestra idiosincrasia: está más apoyado en la familia, se incluye lo que tiene que ver con profesionales, se incluye lo que tiene que ver con terapias, voluntariado y demás. Pero bueno, esto llevó todo un tiempo. [Programa Andrés] comenzó en el año 1982 y esto de poder empezar a incluir a los psicólogos, fue aproximadamente en el año 1990 (...) (Directivo, comunidad terapéutica espiritual).

Del mismo modo que con Programa Andrés, la tradición italiana influyó de manera notable en las instituciones argentinas dedicadas a la provisión de tratamientos para el consumo de drogas. Renoldi (1998), Touzé (2006) y Silvana Garbi (2013) señalan que para comprender esta influencia es preciso remontarse a un proyecto de capacitación de operadores socioterapéuticos en prevención y tratamiento de adictos a las drogas en el modelo del *Progetto Uomo*, a

partir de un convenio entre el gobierno argentino y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID),<sup>6</sup> en la década de 1980.

A través de este convenio, el CEIS [Centro Italiano de Solidaridad de Roma] (...) se encargará de la capacitación de recursos para el área de drogas. Participaron cerca de treinta argentinos que viajaron a Roma. Esta Escuela de Formación en Tóxicodependencias se implementó después en Buenos Aires, preparando a lo largo de tres años [1981-1984] entre trescientas y cuatrocientas personas del país y de otros países latinoamericanos (Renoldi, 1998: 48).

El curso, de dos meses de duración, tenía como principales objetivos que las personas vivieran la experiencia de convivencia en una comunidad terapéutica y que adquirieran las herramientas y capacidades para la posterior implementación de esta metodología de trabajo en Argentina. El grupo argentino que viajó a Italia, compuesto mayoritariamente por personas ex adictas, conformó la primera generación de operadores socioterapéuticos del país (Levin, 2013). “Muchos de estos recursos capacitados en el modelo de comunidad terapéutica ‘a la italiana’ crearían [en Argentina] programas de estas características tanto en el ámbito gubernamental como en el no gubernamental” (Touzé, 2006: 61). En Buenos Aires, el curso era dirigido por Andrea de Dominicis y el cuerpo docente estaba conformado por las y los operadores que se habían capacitado en Italia.

En otro orden de cosas, la experiencia que introdujo dicho proyecto de capacitación, y la posterior proliferación de instituciones dedicadas a la temática, constituyeron un incentivo para la organización de nuevos cursos de

---

<sup>6</sup> En 1997 este organismo se fusionó con el Centro para la Prevención Internacional del Crimen y se conformó la Oficina de Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen (ODCCP) o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), según su denominación en inglés (página web UNODC).



operadores socioterapéuticos. De esta manera, el trabajo en comunidades terapéuticas se convirtió en una salida laboral atractiva para muchos *adictos recuperados* (Levin, 2013).

Hacia mediados de la década de 1980, surgieron otras organizaciones no estatales pioneras en el tratamiento de adicciones en Argentina. Mientras que algunas de ellas tuvieron, al igual que Programa Andrés en sus orígenes, orientación religiosa, otras, como A.C.I.A.R – El Reparó y Gradiva han trabajado desde un enfoque laico. Otra institución que desempeñó un papel central durante este período fue la Fundación Convivir, fundada en 1985.

Presidida por Anne Morel de Caputo, esposa del canciller argentino [Dante Caputo], y dirigida por Silvia Alfonsín de Martínez Kane, hermana del presidente, se constituyó en una entidad de apoyo a la tarea gubernamental, en especial en las áreas de prevención e investigación (Touzé, 2006: 59).

En síntesis, durante este período se produjo un aumento de las respuestas preventivas y asistenciales para los consumos de drogas. Este aumento no solo debe pensarse como una consecuencia de los mayores niveles de consumo sino también como la mayor visibilización de estos a partir del restablecimiento de la democracia y la ampliación de las libertades civiles.

### **Etapa 3. Crisis del abstencionismo como única respuesta posible (1989–2007)**

Como expresan Douglas Husak (2003) y Sebastian Scheerer (2003), a finales de la década de 1980 se completa la globalización del problema de las drogas y se intensifica su faceta vinculada con la salud pública, que incluye la relación del consumo de drogas con el VIH/sida y la hepatitis C,

con el narcotráfico, el terrorismo y el tráfico de armas y de personas. A su vez, aumenta la escalada de la “guerra contra las drogas” en términos de militarización.

Los resultados que la política mundial de prohibición de drogas arroja, en relación con el número de los usuarios de drogas y el aumento del consumo, siguen siendo desalentadores. Esto evidencia el fracaso de la “cruzada contra las drogas”.

En el plano nacional, el gobierno de Carlos Menem (1989-1999) disuelve la CONCONAD y crea la SEDRONAR, dependiente de la Presidencia de la Nación. La creación de la secretaría supuso la unificación en una sola institución de las funciones destinadas tanto a la reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento y capacitación) como al control de la oferta (combate al narcotráfico y al lavado de dinero y registro de precursores químicos). En 1991, mediante el Decreto 649 se estableció la estructura organizativa de la SEDRONAR y se conformaron dos subsecretarías: de Planeamiento, Control y Legislación, y de Prevención y Asistencia.

Para reducir la demanda de drogas, la secretaría diseña, ejecuta y supervisa programas y planes de carácter nacional, referidos a la prevención y a la capacitación de agentes de la comunidad en la temática del uso indebido de sustancias ilegalizadas y alcohol, y sus consecuencias. Su alcance se extiende a todo el país, con el consenso y la cooperación de organismos gubernamentales y no gubernamentales. En cuanto a la asistencia, procura facilitar la rehabilitación de personas que abusan o dependen de drogas y que, carentes de recursos, no pueden acceder al tratamiento o recuperación que necesitan. Para ello, disponen de un centro de consulta y orientación que se encarga de asesorar a quien lo solicita, a la vez que selecciona a las y los beneficiarios de las becas para los tratamientos en instituciones especializadas en adicciones, las cuales deben estar registradas y supervisadas por el organismo.

La posibilidad de desarrollar un tratamiento compulsivo, en reemplazo de la condena que introdujo la Ley 23.737, produjo una demanda considerable que fue absorbida, mayoritariamente, por organizaciones de la sociedad civil y, en menor medida, por clínicas privadas. La cantidad de instituciones aumentó considerablemente dado que el financiamiento estatal de los tratamientos, a través del mencionado régimen de becas otorgadas por la SEDRONAR, constituía una importante y atractiva fuente de ingresos (Epele, 2007).

El marcado crecimiento de la oferta institucional en materia de drogas se explica también por el estímulo para la apertura de un centro asistencial que, además del régimen de becas, supone el programa de subsidios que implementa la SEDRONAR (Touzé, 2006; Garbi, 2013). Este programa está destinado a “(...) brindar ayuda técnica y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país (...)” (Lestelle, 1994: 132).

Otro factor que explica el crecimiento de la oferta institucional es la obligación de las obras sociales de prestar tratamientos “médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes”, impuesta con la sanción de la Ley 24.455 en 1995. Esta obligación se extendió al año siguiente, con la sanción de la Ley 24.754, a las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga. En 1997 se aprobó el *Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadicción* que tenían que cumplir todas las obras sociales y las entidades de medicina privada.

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, en 1993, durante el mandato del gobernador Eduardo Duhalde, se creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. La secretaría desarrolló una política preventiva inespecífica y específica a través del Programa Provincial “10.000 Líderes para el Cambio. Formación de Formadores: propuesta integradora de todos los actores sociales a través de

un sistema de redes solidarias: educativas, sanitarias, barriales, académicas, judiciales, religiosas, juveniles y familiares en toda la provincia”. Para ello, abrió en la provincia 131 centros preventivos asistenciales, ocho comunidades terapéuticas, dos centros de desintoxicación y 44 centros de escucha y admisión.

A mediados de la década de 1990 comenzó a percibirse que el VIH/sida y la hepatitis C tenían entre sus principales vías de transmisión el uso inyectable de drogas. Para 1998, el 41% de las personas viviendo con VIH/sida en Argentina habían contraído el virus por dicha vía. Esta situación contribuyó a reforzar el estereotipo de las y los usuarios de drogas como personas autodestructivas, percepción que se agravaba por la creencia de que también eran “culpables” por diseminar la epidemia del VIH/sida (Camarotti, 2011).

Como parte de la respuesta a esta problemática surgen los programas de reducción de daños. Estos parten del reconocimiento de que el uso de drogas ha persistido en el mundo a pesar de los esfuerzos para evitarlo; por esto proponen recomendaciones para que este uso sea lo menos perjudicial posible. La dificultad que presenta llevar a cabo prácticas que contemplen la reducción de daños como opción posible es que son incompatibles con el artículo 28 de la Ley 23.737, que penaliza a quienes impartan instrucciones públicamente acerca del uso de drogas ilícitas.

En julio de 2000, la SEDRONAR dictó la Resolución 351, basada en la Resolución 44/3 (2000) de la Asamblea de Naciones Unidas que, entre otros requerimientos, solicitaba a los Estados miembros que “conciban estrategias y amplíen el acceso y la disponibilidad de servicios destinados a los toxicómanos que no estén integrados o atendidos en los servicios y programas existentes, que se encuentren expuestos a un alto riesgo de grave daño a su salud, a enfermedades infecciosas relacionadas con drogas e incluso a accidentes fatales”. La Resolución 351 recomienda en su artículo 1, al Ministerio de Salud de la Nación, la adopción de programas y/o medidas con el objeto de reducir riesgos para la

salud, en los casos puntuales en que se esté en presencia de una persona adicta que a) no esté integrada o atendida en los servicios y programas existentes o que haya fracasado repetidamente en los mismos; b) a la vez que esté expuesta a un alto riesgo de daño grave en su salud, por enfermedades infecciosas que se relacionen con el abuso de drogas y que también puedan producir accidentes fatales (art. 2º). En su artículo 3, exhorta al Ministerio de Salud de la Nación a que dé traslado de la presente resolución a los Ministerios de Salud de las provincias, así como a las entidades públicas, privadas y a las organizaciones no gubernamentales que atiendan a este tipo de pacientes, para que se implementen programas monitoreados, acotados y debidamente registrados para atender la demanda (Vázquez Acuña, 2001).

Los programas basados en la reducción de daños fueron incrementándose durante este período y contaron exclusivamente con financiamiento internacional. Se establecieron como una respuesta contrapuesta al modelo abstencionista que contaba con el financiamiento del Estado nacional a través de la SEDRONAR. Como resultado de esta etapa queda planteada la disputa entre ambas lógicas y la búsqueda de cada una de ellas por conseguir constituirse como la respuesta válida y eficiente en el modo en el que se conciben y atienden los consumos de drogas.

En 2003 se produce un hecho histórico en el reconocimiento estatal de la reducción de daños como estrategia socioterapéutica para abordar los consumos de drogas. El ministro de Salud de la Nación del gobierno del presidente Eduardo Duhalde (2002-2003), Ginés González García, lanzó el proyecto regional de “Prevención de Drogas y del SIDA en Países del Cono Sur”, con el auspicio del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que entregó jeringas y preservativos en el Área Metropolitana de Buenos Aires a usuarios de drogas. El proyecto fue financiado por ONUSIDA y ejecutado por la Asociación Civil Intercambios con apoyo del Ministerio

de Salud y de los municipios. Esta resolución representó un cambio radical para la implementación de programas de reducción de daños. Otro importante apoyo a este tipo de intervenciones provino del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el Sida, que subvencionó una serie de proyectos desde 2002 a 2008, tendientes a fortalecer las instituciones que trabajaban en el país con el paradigma de reducción de daños.

Esta tercera etapa dejó como saldo en Argentina una divisoria de aguas frente al tratamiento de los consumos de drogas. Por un lado, aquellas respuestas individuales específicas en la temática. Por otro lado, aquellas que parten de un abordaje en salud basado en los derechos humanos, que sostiene que la vulneración de estos genera mayores padecimientos, malestares y enfermedades. Estas iniciativas brindaron el marco de posibilidad para el surgimiento de las respuestas que abordaremos en la cuarta y última etapa de la periodización.

#### **Etapa 4. Nuevas respuestas: la inclusión social como eje de los tratamientos (desde 2008)**

Desde los primeros años del siglo XXI, ante el reconocimiento de que la guerra contra las drogas no produjo los resultados esperados, se han comenzado a elaborar respuestas alternativas a la problemática, a través de políticas centradas en la promoción de los derechos humanos y la salud pública (Mereki, 2004; Kornblit, Camarotti, Di Leo, 2010; Barros, 2015; Galante *et al.*, 2016). Ana Clara Camarotti (2010) y Raquel Barros (2015) consideran que la guerra contra las drogas no solo fue ineficiente, sino también contraproducente. En otras palabras, no solo no resolvió el problema, sino que generó conflictos nuevos y más

graves: aumento en el número de usuarios y en los niveles de consumo, situaciones de violencia, tabúes respecto de las sustancias y estigmatización de las y los usuarios.

En 2008 fue creado, a través de la Resolución 433 del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, el Comité Científico Asesor en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje. El comité tuvo como finalidad elaborar e intervenir en los anteproyectos de actualización legislativa en la materia (Vázquez y Stolkiner, 2010). En uno de sus documentos, afirma que en Argentina “nunca se han consumido más drogas y por sectores más amplios que en la actualidad, lo que demuestra el fracaso de la política criminal adoptada”. En 2009 se explicitó ante la ONU que Argentina propiciaría un cambio en materia de drogas, pasando de una política basada exclusivamente en el prohibicionismo hacia abordajes de políticas de reducción de daños. El Comité Científico Asesor marcó una diferencia radical respecto de la manera en que se venía entendiendo la problemática. Sus principales lineamientos apuntaron a desincriminar la tenencia de drogas para consumo personal y concebir al consumidor como sujeto de derechos. Para ello, entendían que el sistema penal por sí mismo no podía dar respuesta al consumo problemático de drogas, sino que debía buscarse un abordaje integral en donde se contemplan las áreas de salud, desarrollo social, trabajo, derechos humanos y justicia.

Para comprender los debates de dichos años, resulta imprescindible definir y discriminar tres conceptos fundamentales que, en ocasiones, son empleados como sinónimos. La *despenalización* es entendida como el acto de disminuir la pena de un ilícito sin *descriminalizarlo*. En otras palabras, la prohibición legal del uso y la tenencia de drogas sigue vigente en el derecho penal pero el ilícito deja de ser sancionado con la privación de libertad (Cervini, 1995). Según la Comisión Latinoamericana sobre Drogas

y Democracia (CLDD) (2009), el problema que presenta la *despenalización* del consumo, manteniendo su criminalización, es que le sigue otorgando a la autoridad policial un alto poder discrecional. A diferencia de las anteriores, la *legalización* es la transformación en legal de una actividad que fue previamente prohibida.

El comité asesor redactó una serie de documentos con un crítico diagnóstico de la situación. Entre las problemáticas que observaron se destacan: la inexistencia de políticas públicas asociadas al aumento de los recursos en salud para tratamientos, la rehabilitación o la reducción de daños; insuficiencias en las coberturas de obras sociales y empresas de medicina prepaga y en los subsidios otorgados a particulares; ausencia de regulación de las prestaciones de modo tal de evitar internaciones innecesarias y/o prolongadas y que en algunas ocasiones suponen violaciones a los derechos humanos; falta de control de calidad de los tratamientos; y frecuente rechazo a las y los usuarios en situaciones complejas que buscan asistencia. Por todo lo expuesto, el comité recomendó realizar una reforma de la legislación penal. Sugirió que la mayor inversión por parte del Estado debía enfocarse en el sistema de salud para favorecer el acceso de las personas que necesitan tratamiento sin que interfiera el sistema penal (Vázquez y Stolkiner, 2010).

Según un documento de la CLDD, el gobierno argentino prometía elaborar

(...) en breve un proyecto de ley para descriminalizar el consumo de drogas. El ministro de Justicia [Seguridad y Derechos Humanos], Aníbal Fernández, declaró que el gobierno busca “una norma moderna, inteligente y que conceda responsabilidades al Poder Judicial para resolver la problemática, a medida que se vaya presentando”. La presidenta argentina Cristina Fernández de Kirchner criticó recientemente aquellos que “condenan al adicto sin entender el problema personal y social” e insistió que “deben ser punidos los que venden narcóticos, no los que consumen (2009: 37).



En 2009 el Estado nacional creó, a través de la Ley 26.586, el Programa Nacional de Educación para la Prevención y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación. El objetivo del programa es diseñar políticas, estrategias y líneas de acción para orientar las prácticas educativas hacia la prevención específica e inespecífica del consumo problemático de drogas legales e ilegalizadas en todas las modalidades y niveles del sistema educativo nacional. En el mismo año, se conformó la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción (Decreto 1.359).

La sanción, en 2010, de la nueva Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) marcó un hito en la normativa en tanto las personas usuarias de drogas comenzaron a ser concebidas como sujetos de derecho. Al mismo tiempo, empezó a reconocerse el principio de autonomía, voluntariedad y respeto de su identidad en los tratamientos (Cunial, 2015). En su artículo 4, la ley expresa que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. El decreto reglamentario enuncia que los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda (Decreto 603/13). Asimismo, sostiene que se incluirán dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños. En sintonía con los postulados de la nueva Ley Nacional de Salud Mental, en 2010 se creó, a través del Decreto 457, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

El nombramiento de Rafael Bielsa, en 2011, como secretario de la SEDRONAR y la sanción, en 2014, del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos de Drogas (Ley 26.934) supusieron la introducción, tanto en la secretaría como en la normativa, de una retórica y una impronta comunitaria y de inclusión social. La ley impulsó al Estado un gran número de obligaciones dentro de

la estrategia terapéutica de la reducción de daños (que ya contemplaba la Ley Nacional de Salud Mental). Esta estrategia se encontraba en clara contraposición con la lógica abstencionista de la Ley 23.737. La Ley 26.934 insta, en su artículo 5, a la construcción de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos distribuidos en el territorio nacional, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social. Su objetivo será promover en la población instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.

Desde la óptica de Ghioldi, la ley

(...) sobreexige al Estado con la previsión de cobertura y protección para la cual no parece estar en posición de cumplir, toda vez que al día de hoy no se han establecido los centros de atención zonales en horarios nocturnos ni se han implementado las becas educativas ni los programas de inclusión laboral (2016: 446).

Con el objeto de adecuar su funcionamiento a los “paradigmas actuales en salud mental”, en 2012 el Poder Ejecutivo Nacional intervino el CE.NA.RE.SO y reemplazó a sus autoridades. Su nombre fue reemplazado por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte” (Resolución 1.809 del Ministerio de Salud de la Nación). El cambio de nombre había sido aprobado por la Cámara de Diputados, pero aún faltaba su consideración en el Senado de la Nación. En enero de 2016, Jorge Lemus, ministro de Salud del gobierno de Mauricio Macri, ordenó restituir la denominación original de la institución. Finalmente, en agosto de ese mismo año, a través de la Ley 27.267, se sancionó definitivamente el nuevo nombre. En la actualidad, funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud y es el único hospital público del país especializado en el abordaje de los consumos de drogas. En función de

su condición de hospital público y de las características del sistema sanitario argentino, desde su fundación la asistencia brindada por la institución fue gratuita.

En noviembre de 2013, fue designado al frente de la SEDRONAR Juan Carlos Molina, un sacerdote con trayectoria en el abordaje de los consumos problemáticos de drogas en poblaciones vulnerabilizadas. Al año siguiente, el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011/2011-2015) tomó la determinación de circunscribir la actividad de la SEDRONAR a las funciones de prevención, capacitación y asistencia de adicciones y quitar de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico (Decreto 48/14). Estas fueron reasignadas a la Secretaría de Seguridad dependiente del ministerio homónimo. A partir de ello, la SEDRONAR comenzó a implementar, desde 2013, iniciativas comunitarias que aún no han logrado la legitimidad social de las instituciones que registran mayor trayectoria en el abordaje de la problemática. Las iniciativas en cuestión fueron los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CePLA), las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros Integradores Comunitarios (CIC).

El nombramiento de Molina y la división de tareas entre la SEDRONAR y la Secretaría de Seguridad modificaron la forma de enmarcar el problema del consumo de drogas. Este comenzó a visualizarse desde el paradigma de la inclusión social (Cunial, 2014). En este contexto, decisores políticos convocaron a referentes de organizaciones de la sociedad civil para que asistan en la implementación de políticas de drogas, justificando este llamado en la cercanía de sus organizaciones (particularmente, las religiosas) con las personas usuarias de drogas y su presencia en los barrios vulnerabilizados.<sup>7</sup> La convocatoria derivó en el reconocimiento por parte de la SEDRONAR de una novedosa iniciativa del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (popularmente conocidos como “curas villeros”): los centros

---

<sup>7</sup> Esto es abordado por Jones y Cunial en el siguiente capítulo.

barriales del Hogar de Cristo. Los curas villeros conceptualizan el consumo abusivo de drogas (y en particular de pasta base/paco) como una problemática asociada a la exclusión social. En función de ello, consideran que el abordaje debe ser multidimensional y no restringirse al ámbito de los servicios de salud. A su vez, entienden que los dispositivos deben localizarse en cercanías de los lugares de residencia o consumo de los potenciales solicitantes de atención para garantizar su accesibilidad. Finalmente, enmarcan la asistencia brindada en una lógica comunitaria. A modo de cierre, creemos que el reconocimiento por parte de SEDRONAR de los centros barriales como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (Resolución 266/14) y el financiamiento que ello trae aparejado constituyen factores ilustrativos de un nuevo (e incipiente) paradigma en las respuestas para la problemática del consumo de drogas: la inclusión social y el tratamiento comunitario.

## Reflexiones finales

En Argentina, las normas que regulan la tenencia y el uso de drogas ilegalizadas resultan dispares e incluso contradictorias. Como ha sido señalado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (fallo “Arriola”), la ley de drogas vigente (23.737) entra en colisión con el artículo 19 de la Constitución Nacional según el cual “las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados”.

En lo que puede definirse como una verdadera “esquizofrenia normativa” (no exclusiva del campo de las drogas), el marco legal vigente se extiende desde la mirada punitiva hasta el paradigma de la salud pública, la inclusión social y los derechos humanos. Mientras que la Ley 23.737 contempla la posibilidad de someter compulsivamente a un

tratamiento de rehabilitación a quien sea hallado con alguna/s sustancia/s ilícita/s para uso personal y sea física o psíquicamente dependiente, las Leyes 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) y 26.934 (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos) obligan a respetar la voluntad del “paciente”. A su vez, ambas normativas buscan promover una variedad lo más amplia posible de respuestas terapéuticas. Esto supone una sobreexigencia al Estado sin que se hayan generado aún los dispositivos adecuados para dar respuesta a la demanda.

En otro orden de cosas, el análisis socio-histórico desarrollado a lo largo del capítulo nos permitió percibir que, con independencia de las etapas construidas en la periodización y los contextos específicos en relación con la problemática del uso de drogas, las estrategias implementadas tanto desde la sociedad civil como desde el Estado se han caracterizado por una relativa continuidad en sus lineamientos fundamentales. Los perfiles que asumen los abordajes terapéuticos no pueden comprenderse si no se incorporan en el análisis las características de los flujos de financiamiento internacional, tanto a organizaciones de la sociedad civil como a iniciativas o programas estatales.

A modo de cierre, a nuestro entender, desde 2008 se abre un nuevo período en lo que respecta a la forma de concebir los consumos de drogas. El énfasis en la inclusión social como eje de los tratamientos y la preocupación por paliar la vulnerabilidad social de los consumidores de drogas ilegalizadas (especialmente de pasta base/paco) ha dado lugar al surgimiento de nuevas respuestas socio-terapéuticas. A diferencia de la tendencia general registrada en las iniciativas precedentes, para estas nuevas respuestas la consideración de los patrones de uso de sustancias y del contexto en que se insertan los usuarios resultan dimensiones insoslayables en la planificación y desarrollo de los tratamientos.

## Bibliografía

- Aureano, G. (1998). *La construction politique du toxicomane dans l' Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté a basse intensité*. Tesis de Doctorado. Universidad de Montreal. No publicada.
- Barros, R. (2015). Del concepto de enfermo al de recurso participativo. En E. Wood (comp.), *Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios* (pp. 22-27). Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Boletín Oficial 13/08/1926, *Ley 11.331*, Buenos Aires, Argentina (Ley de Represión del Uso de Alcaloides).
- Boletín Oficial 19/09/1963, *Decreto 7.672/63*, Buenos Aires, Argentina (Adhesión a la Convención Única de Estupefacientes de 1961).
- Boletín Oficial 23/09/1966, *Ley 16.956*, Buenos Aires, Argentina (Ley Orgánica de los Ministerios).
- Boletín Oficial 12/01/1968, *Ley 17.567*, Buenos Aires, Argentina (Reforma del Código Penal).
- Boletín Oficial 08/08/1968, *Ley 17.818*, Buenos Aires, Argentina (Adhesión a la Convención Única de Estupefacientes de 1961).
- Boletín Oficial 07/02/1972, *Decreto 452/72*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la CONATON).
- Boletín Oficial 10/05/1973, *Ley 20.332*, Buenos Aires, Argentina (Creación del CE.NA.RE.SO).
- Boletín Oficial 02/10/1974, *Ley 20.840*, Buenos Aires, Argentina (Ley de seguridad nacional que establece "penalidades para las actividades subversivas en todas sus manifestaciones").
- Boletín Oficial 09/10/1974, *Ley 20.771*, Buenos Aires, Argentina (Ley que penaliza la tenencia de estupefacientes aun cuando estos no se comercialicen).

- Boletín Oficial 05/12/1986, *Ley 23.358*, Buenos Aires, Argentina (Incorporación de módulos de prevención de la drogadicción en la educación primaria y secundaria).
- Boletín Oficial 11/10/1989, *Ley 23.737*, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).
- Boletín Oficial 24/01/1991, *Decreto 649/91*, Buenos Aires, Argentina (Establecimiento de la estructura organizativa de la SEDRONAR).
- Boletín Oficial 08/03/1995, *Ley 24.455*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las obras sociales de prestar tratamientos para la drogadependencia).
- Boletín Oficial 02/01/1997, *Ley 24.754*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las empresas o entidades de medicina prepaga de cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales, incluyendo los tratamientos para la drogadependencia).
- Boletín Oficial 11/03/2008, *Resolución 433/08*, Buenos Aires, Argentina (Creación del Comité Científico Asesor en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje).
- Boletín Oficial 02/10/2009, *Decreto 1.359/09*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción).
- Boletín Oficial 30/12/2009, *Ley 26.586*, Buenos Aires, Argentina (Creación del Programa Nacional de Educación para la Prevención y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación).

- Boletín Oficial 07/04/2010, *Decreto 457/10*, Buenos Aires, Argentina (Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación).
- Boletín Oficial 03/12/2010, *Ley 26.657*, Buenos Aires, Argentina (Ley Nacional de Salud Mental).
- Boletín Oficial 28/05/2013, *Decreto 603/13*, Buenos Aires, Argentina (Reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental).
- Boletín Oficial 28/06/2013, Ratificación de la resolución 1.809/12 del Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina (Intervención del CE.NA.RE.SO).
- Boletín Oficial 17/01/2014, *Decreto 48/14*, Buenos Aires, Argentina (Asignación a la Secretaría de Seguridad de las tareas vinculadas al combate del narcotráfico que llevaba a cabo SEDRONAR).
- Boletín Oficial 29/05/2014, *Ley 26.934*, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).
- Boletín Oficial 19/08/2014, *Resolución 266/14*, Buenos Aires, Argentina (Creación del Programa de Subsidios a Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario).
- Boletín Oficial 26/08/2016, *Ley 27.267*, Buenos Aires, Argentina (Sustitución del nombre del CE.NA.RE.SO por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte”).
- Camarotti, A. C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Camarotti, A. C. (2011). *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Cervini, R. (1995). *Los procesos de descriminalización*. Montevideo: Editorial Universidad.



- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD) (2009). *Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma*. Informe de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia. Recuperado de: <https://goo.gl/5GQM3M>
- Cunial, S. (2014). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. Tesis de Maestría. Universidad Torcuato Di Tella. No publicada.
- Cunial, S. (2015). El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4 (8), 165-195.
- De Ieso, L. C. (2012). Espiritualidad y “poder superior” en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica. En AA.VV., *Estudios sobre juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado* (pp. 216-232). Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina – Editorial de la Universidad Nacional de Salta.
- Del Olmo, R. (1999). Geopolítica de las drogas. *Revista Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*, 2 (1), 56-67.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Folletos informativos de *Alcohólicos Anónimos*.
- Fossi L. B. y Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15 (1), 94-115.

- Fracasso, L. (noviembre, 2008). Comunidade terapêutica: uma abordagem psicossocial. *Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social Educando e Transformando Através da Educação Física*. Universidad Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
- Galante, A. et al. (agosto, 2016). Debates y dispositivos religiosos. Participación de los actores religiosos en las políticas públicas en materia de drogas. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires, Argentina.
- Garbi, S. L., (2013). La administración de la palabra en las comunidades terapéuticas. En M. Epele (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas* (pp. 153-183). Buenos Aires: Antropofagia.
- Ghioldi, L. (2016). Lo legal, lo ilegal y lo legítimo en el uso y disconsumo de sustancias. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 27 (130), 443-446.
- Grimson, W. R. (1998). Reflexiones acerca del investigar el uso indebido de drogas en la Argentina. En H. A. Míguez y W. R. Grimson, *Los vidrios oscuros de la droga* (pp. 17-34). Bernal: Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes.
- Grimson, W. R. (2001). Una contención alternativa. Comunidades terapéuticas. *Encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 8, 56-63.
- Grippaldi, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, 4, 53-86.
- Husak, D. (2003). ¿De qué manera los derechos limitan la política sobre drogas? En X. Arana, D. Husak y S. Scheerer (coords.), *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos* (pp. 47-52). Madrid: Dykinson.
- Kornblit, A. L.; Camarotti A. C. y Di Leo, P. F. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Material*

- de estudio del Curso “Prevención del consumo problemático de drogas”. Buenos Aires: Ministerio de Educación-UNICEF-Instituto de Investigaciones Gino Germani – educ.ar. Recuperado de: <https://goo.gl/TNlyjB>
- Lestelle, A. (1994). *Defendiendo el futuro*. Buenos Aires: ALI-GRAF S.R.L.
- Levin, L. G. (2013). Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. *Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 5 (1), 1-48.
- Mansilla, J. C. (2015). Claroscuros en la política pública nacional sobre el consumo de drogas. En E. Wood (comp.), *Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios* (pp. 66-73). Buenos Aires: Fundación Convivir.
- Manzano, V. (2014). Política, cultura y el “problema de las drogas” en la Argentina, 1960-1980s. *Apuntes de Investigación del CECyP*, 24, 51-78.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1), 185-207.
- Mereki, P. (2004). The changing boundaries in therapeutic communities. En *Proyecto Hombre, Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias* (pp. 157-175). Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Morgenfeld, L. (2014). Argentina y Estados Unidos, golpe a golpe (1966-1976). *Revista SAAP*, 8 (2), 521-554.
- Página web *Gradiva*: [www.ctgradiva.com.ar](http://www.ctgradiva.com.ar). Visitada el 16 de febrero de 2016.
- Página web *Oficina de Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen*: [www.unodc.org](http://www.unodc.org). Visitada el 16 de febrero de 2016.
- Pascual Pastor, F. (ed.) (2014). *Historia del tratamiento del alcoholismo*. Barcelona: Socidrogalcohol.

- Pawlowicz, M. P. *et al.* (octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. En M. Mosqueira (coord.), *Religiones. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. Salta, Argentina.
- Renoldi, B. (1998). *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Buenos Aires. No publicada.
- Resolución 351/2000 de la Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).
- Rodríguez, A. C. (2009). Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 317-327.
- Scheerer, S. (2003). Prohibición de las drogas en las sociedades abiertas. En X. Arana, D. Husak y S. Scheerer (coords.), *Globalización y drogas. Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos* (pp. 53-66). Madrid: Dykinson.
- Touzé, G. (1996). La construcción social del “problema droga”. En P. Medina y G. Thivierge (eds.), *La investigación en toxicomanía. Estado y perspectivas* (pp. 13-39). Medellín: FIUC-GRITO-FUNLAM.
- Touzé, G. (2001). De la medicalización a la ciudadanía. Uso de drogas y VIH/SIDA. *Encrucijadas. Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 8, 64-71.
- Touzé, G. (2006). Evolución del “problema droga” en la Argentina. En G. Touzé (org.), *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 47-76). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2010). Estigmatización y exclusión en salud. Transformaciones en los marcos de interpretación penal de la figura de tenencia de drogas para uso personal y su relación con la accesibilidad

a servicios de salud. En *Anuario de Investigaciones*, 17. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Vázquez Acuña, M. (2001). Uso de drogas, ley penal y los derechos humanos. En S. Inchaurrega (comp.), *Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños* (pp. 163-178). Buenos Aires: Espacio.