



**REFLEXIONES SOBRE EL TRABAJO PROFESIONAL EN UNA
INSTITUCIÓN AMBULATORIA DEL DISPOSITIVO PÚBLICO DE
ABORDAJE A LOS USOS DE DROGAS.**

Ana Laura Candil*

Introducción

A través de estas líneas me propongo realizar un recorrido sobre un fragmento de mi trayectoria laboral que tuvo lugar en una institución ambulatoria que aborda los usos de drogas, dependiente de una política social en el Área Metropolitana de Buenos Aires entre 2007 y 2010.⁹⁹

Para ello, en primera instancia y con el objetivo de contextualizar la práctica profesional, me detendré brevemente en algunas consideraciones generales sobre la política social y las intervenciones estatales sobre los usos de drogas.

Luego, realizaré una reseña de las tareas realizadas durante el tiempo de trabajo en la institución y analizaré algunas líneas de acción.

A modo de cierre, esbozaré algunas tensiones que atraviesan la intervención social del estado en la que, en tanto trabajadores sociales, estamos involucrados.

Consideraciones generales sobre la política social y los usos de drogas

La política social ha sido y continúa siendo un problema teórico muy discutido y por ello, ha sido objeto de múltiples interpretaciones. Adhiero a las producciones que la conciben como un “sistema público de mantenimiento de la fuerza de trabajo” (Topalov, 1979), que atiende a aquellas esferas de la vida social que se han construido históricamente como problemas sociales que atienden *un* fragmento de la vida (De Paula Faleiros, 2000). La política social asume las características propias del modo de producción, acumulación y consumo capitalista con las particularidades de cada momento histórico: las políticas sociales actuales están signadas por un proceso de neoliberalización (Harvey, 2007).

* Licenciada en Trabajo Social UBA IIGG-FSOC-UBA. Becaria Conicet anacandil@yahoo.com.ar

⁹⁹ Este escrito hubiera sido imposible de realizar si no hubiera compartido el trabajo, y con él, la vida, con mis compañeras. Ellas están tanto en las palabras como en los silencios de este recorrido.



Sin embargo, a fin de poder realizar el recorrido propuesto, priorizaré aquella línea de análisis que contempla las interacciones sociales que en las políticas sociales se despliegan, con especial atención a su dinamismo, que se vincula con las prácticas cotidianas.

Las políticas sociales tienen movimiento, debido a que no son una aplicación mecánica de una planificación realizada *a priori*, sino que es afectada y afecta diferencialmente a todos los involucrados:

no hay política, ni institución, que pueda ser analizada al margen del espacio y la trama de interacciones a que le dan lugar, pero que también se tornan posibles en virtud de su existencia (Danani, 1996)

Desde esta mirada, la política social, a través de sus intervenciones sociales, se construye y reconstruye cotidianamente en las interacciones, muchas veces en el marco de disputas, conflictos y de la lucha social más general:

La consideración de una política específica como proceso y no como determinación puramente técnica desde las estructuras sectoriales del Estado, (...) lleva a considerar cada punto de su desarrollo o si se quiere cada nivel institucional –incluyendo el momento en el que los destinatarios toman contacto con el servicio, o los bienes, o las prestaciones– como momentos en los que se hace la política (se reformula el plan, se redefinen y disputan los criterios de implementación y acceso, se producen significados de aquellas prestaciones, criterios de asignación, objetivos a lograr, etc.) (Grassi, 2004: 5)

En tanto trabajadores (sociales) empleados mayoritariamente por el Estado (Campos; Cademartori; Seiffer, 2007) las desplegamos, pero también se despliegan en nosotros y en cada uno, con las particularidades que asumen en cada momento histórico pero también en cada espacio territorial. La política social general se cristaliza en las políticas sociales sectoriales. Y, las modalidades de abordaje en relación con la reproducción de las poblaciones condensan los modos de hacer históricos en cuanto a la forma particular en la que se atiende a cada fracción de la cuestión social cristalizada en los distintos problemas sociales. Cada “objeto de intervención” también es construido por los saberes y los poderes circulantes y operantes a lo largo del tiempo.

La intervención estatal en relación con las drogas en Argentina se inicia en 1919, momento en el que se prohíbe la venta libre de fármacos que contuvieran opiáceos o cocaína (Touzé, 2006). A partir de este momento comienza a gestarse lo que actualmente se conceptualiza como el dispositivo jurídico-policia-sanitario que asume



variaciones y particularidades en los diferentes momentos históricos (Epele, 2010). En las décadas de los '60 y '70 el “tema droga” se transforma en “problema droga”, ya que se disocian lineamientos para su abordaje: tanto para la droga en sí –cosa/mercancía–, basada en la penalización/despenalización de su producción y/o tenencia, como para los sujetos que de ella hicieran uso –usuarios/adictos/consumidores–, basada en un paradigma abstencionista-prohibicionista, guiado por una concepción de usos de drogas en tanto “toxicomanías”. En este período se comienza entonces a dar forma a los diversos tratamientos (Touzé, 2006) y consecuentemente, se inician tanto los primeros tratamientos ambulatorios como las primeras experiencias de instituciones de encierro, englobadas en lo que posteriormente se denominó “Programa Andrés” (Renoldi, 1998), que dio lugar a la emergencia de las llamadas “comunidades terapéuticas”. En 1989, se sanciona la Ley 23.737, vigente en la actualidad¹⁰⁰, que penaliza la tenencia de estupefacientes para el uso personal obligando a los usuarios/as captados por las fuerzas de seguridad a cumplir una medida curativa o una medida punitiva, que da forma a una violencia simbólica específica (Menéndez, s/f), pero también a una violencia material, que implica oscilar, articular y superponer prácticas de medicalización y criminalización (Vázquez y Stolkiner, 2009). Se vinculan así las nociones de *enfermedad* y *delito* en una misma práctica, el uso de drogas, y en un mismo sujeto, el/la usuario/a de drogas. Progresivamente, a partir de ese momento se multiplican y diversifican las instituciones estatales y privadas, destinadas a atender a los sujetos usuarios de drogas (Epele, 2008), que pueden englobarse en dos grandes tendencias: aquellas que implican encierro y aquellas de modalidad ambulatoria.

“Nuevo recurso humano”

La institución en la que me desempeñé como trabajadora social forma parte de la segunda tendencia señalada: es una institución ambulatoria, que no implica encierro. Esta institución forma parte del sistema público de la Provincia de Buenos Aires. La modalidad de abordaje a los usos de drogas se basa en dos estrategias diferentes pero complementarias: tratamientos terapéuticos e intervenciones comunitarias.

En el año 2007, ingresé a la institución como la primera trabajadora social empleada allí. Si bien en otros centros ya se encontraban colegas trabajando desde hacía tiempo, en ese año se dio un ingreso masivo de trabajadoras sociales en el conurbano bonaerense sur. Durante los primeros meses, transité la inserción profesional y recibí principalmente dos demandas que se corresponden con las demandas tradicionales (pasadas y actuales) realizadas al Trabajo Social: “ir a las casas a ver cómo viven” y “trabajar en el barrio, algún taller, eso que hacen ustedes”¹⁰¹. Es decir, realizar entrevistas domiciliarias a fin de visualizar las condiciones materiales de vida de los sujetos que se acercaban a la institución y realizar lo que se conoce como intervención comunitaria. Es importante aclarar que se contaba con una inserción territorial previa a

¹⁰⁰ Al día de hoy, en el Congreso de la Nación Argentina se han presentado varios proyectos que apelan a la modificación de esta Ley.

¹⁰¹ Frases expresadas por compañeros en una reunión de equipo.



mi incorporación en tanto “nuevo recurso humano”. Una compañera psicóloga atendía terapéuticamente en un Centro de Salud alejado del centro urbano y había participado activamente en la conformación de la red barrial y había realizado talleres en el jardín de infantes desde la perspectiva de la prevención inespecífica, además de las entrevistas terapéuticas singulares y familiares.

A partir de estos antecedentes y de estas demandas se fue delineando el papel profesional y, consecuentemente, mi trabajo en la institución.

“Andá a las casas a ver cómo viven”

En relación con la primera demanda institucional, al “andá a las casas a ver cómo viven”, me negué casi rotundamente en primera instancia. Por un lado, por la imposibilidad objetiva para realizar entrevistas domiciliarias a todos los sujetos que se encontraban en tratamiento, dado que era la única trabajadora social, o en términos institucionales “el único recurso humano que lo puede hacer”. Por otro lado, nunca comprendí bien en qué aportaba realizar entrevistas domiciliarias con el objetivo de responder la pregunta por la cual eran demandadas: ¿cómo viven? Pero que contenían otras preguntas, entre ellas ¿son pobres? ¿cómo son sus hogares? ¿cómo están compuestas sus familias? ¿viven como dicen que viven?

Sin embargo, para ello estaba contratada y esa sería la tarea que legitimaría mi incipiente papel. Mi primera respuesta giró en torno del intento de consideración de las condiciones materiales de vida en los diferentes barrios del área programática de incumbencia a partir de realizar un mapa con instituciones (educativas y sanitarias) situadas y de comenzar a realizar recorridos barriales. Pero dado que el territorio municipal es amplio, no llegué a conocer todos los barrios en los que vivían los sujetos, por lo tanto la respuesta que podía ofrecer sin realizar las entrevistas domiciliarias era parcial. Sin embargo, era un intento por explicitar que no sólo se trabajaba con sujetos con un deterioro corporal significativo (Epele, 2010) -entendidos muchas veces por la jerarquía institucional como adictos o enfermos-, sino que a diario nos encontrábamos con personas que vivían en condiciones de pobreza y que asistían a un dispositivo público de abordaje a los usos de drogas ya que no podían satisfacer la necesidad de tratamiento ni por vías mercantiles ni a través de las distintas obras sociales dadas sus condiciones materiales de vida.

Haber realizado recorridos barriales se convirtió en un aporte diferencial en relación con la reflexión producida en las reuniones de equipo interdisciplinario. A partir de estas discusiones, se construyó colectivamente la posibilidad de modificar la Historia Clínica institucional, aunque no así la de la totalidad del dispositivo, ya que se encuentran diferenciadas en dos partes. La primera hace referencia a los criterios que establece el Manual de Psiquiatría DCM4, y la segunda parte es una guía de entrevista semi-estructurada que por un lado permite recabar la información para realizar “el toxicológico”, basado en dicho manual, y por otro lado, una serie de preguntas que



permiten recabar información que podría ser de utilidad durante el tratamiento terapéutico, más allá de lo solicitado por dicho instrumento de registro general. La ficha que se envía a la sede central, es la que contempla “el toxicológico” junto con el “diagnóstico” realizado tomando los criterios de dicho manual. La guía de entrevista se queda en la sede institucional y es lo que se conoce como Historia Clínica. A la guía de entrevista, se le incorporaron dimensiones de análisis que excedieron la clásica modalidad de entender la problemática de los usos de drogas basada en la trayectoria e intensidad de consumo, que si bien ya era tenida en cuenta en las intervenciones realizadas, los instrumentos de registro institucional no las contemplaban. Las preguntas que se incorporaron tienen que ver con algunos aspectos de la accesibilidad a instituciones públicas¹⁰² (barrio de procedencia en vez de localidad), antecedentes laborales y un apartado que contemplaba los intereses explicitados por los sujetos.

Paralelamente a la modificación de la historia clínica, la demanda institucional de realizar entrevistas domiciliarias no cesaba y de hecho fue una constante durante el tiempo que trabajé en la institución, y casi sistemáticamente me negué a responderla. Sin embargo, muchas veces, contra mi criterio profesional, realicé tales entrevistas, prioritariamente para tomar contacto con las familias de los sujetos que no se acercaban a la institución. A partir de tales encuentros pude indagar exploratoriamente su percepción acerca de lo que les sucedía en relación con los usos de drogas, pero también permitió realizar un acercamiento hacia las dinámicas familiares. A pesar de mi reticencia y de mi negación sistemática, el resultado de esta experiencia fue favorecedor: las familias comenzaron a acercarse a la institución, a participar de algunas actividades (grupos de familiares y/o jornadas recreativas). Sin embargo, esas participaciones no implicaban ni una modificación en la condición material de vida familiar, ni una participación sostenida, ya que generalmente eran implicaciones espasmódicas, que no podían ser sostenidas en el tiempo.

“Andá al barrio y hacé algún taller”

En relación con la segunda demanda institucional, o el “andá a hacer algo en el barrio porque nos lo piden desde La Plata”¹⁰³, retomé el trabajo que se venía realizando con anterioridad a mi inserción.

¹⁰² Entiendo la accesibilidad como “el extremo más deseable del ingreso al sistema de salud, en tanto remite a la posibilidad de acceder plenamente” (Rossi et. Al., 2007: 12). Las dimensiones que se desprenden de la noción de accesibilidad son: geográfica, económica, organizacional y cultural. En la historia clínica se incorporó una pregunta acerca del barrio de procedencia, que permitió tener elementos sobre la accesibilidad geográfica, en tanto “refiere a la localización del centro de salud o unidad (...) las distancias entre el lugar de residencia de los usuarios y el centro de salud” (Rossi et. Al., 2007:12). Luego de modificar la historia clínica, realizamos una muestra en la que pudimos observar que quienes mayoritariamente accedían inicialmente a la institución estaban asentados en zonas cercanas al ferrocarril o a un colectivo de distancia (Candil, 2011).

¹⁰³ A pesar del tono gracioso con el cual un compañero de equipo expresaba esta frase, podemos leer “entre líneas” la finalidad del pedido: cumplir con lo requerido desde la sede central.



Una vez por semana me instalé en un centro de salud alejado del centro urbano del municipio y participé activamente en la red local que había sido conformada años atrás. A partir de esto, realizamos junto con otros trabajadores barriales e institucionales, un relevamiento en un barrio construido por el Plan Federal de Construcción de Viviendas a fin de visualizar los posibles “desbordes institucionales” debido a que el traslado de las familias realizado por este plan no implicaba una multiplicación de las instituciones existentes en el barrio. Realicé entrevistas a futuros “pacientes” y a sus familias, organicé un ciclo de talleres en la escuela secundaria con el objetivo de facilitar el acceso de los adolescentes a las instituciones de salud, entre otras actividades. Fui referente de un centro de prácticas pre-profesionales de la Universidad Nacional de Lanús y acompañé un cine-debate en la escuela primaria del barrio realizado por los estudiantes. A través de estas intervenciones, colaboré en la tarea de instalar el “tema drogas” como algo tratable dentro del centro de salud a partir de la derivación a las instituciones especializadas.

Más allá de la intensa actividad que sostenía en este barrio, no podía, por más esfuerzo que hiciera, explicitar el objetivo general de dicha intervención que fuera más allá (o más acá) de la visibilización del Estado interviniendo en lo que se conocía como un “barrio de cocinas de pasta base” y el intento de facilitar la accesibilidad a instituciones estatales de salud pero también educativas en un contexto de pobreza. Tal vez, estos objetivos no rozaban lo que la cotidianeidad denunciaba. Las intervenciones sociales comunitarias sobre los usos de drogas son no solo insuficientes sino también pobres si se tienen en cuenta las condiciones que producen la necesidad de estas intervenciones.

En otro barrio, co-coordiné talleres en una escuela primaria con niños y niñas de 4to y 5to grado con el objetivo de reflexionar sobre las implicancias de la salud en su vida cotidiana cuyo cierre fue la participación de los mismos en un programa de una radio zonal.

“Hacé lo que quieras”

A la vez que intentaba dar un tipo de respuesta a las demandas institucionales explícitas, realicé otras intervenciones no demandadas, al menos en primera instancia. Realicé un sinnúmero de primeras entrevistas, trabajo que a casi ningún otro profesional del equipo le agradaba realizar, pero que todos hacíamos, y que me parecía sumamente estimulante. El hecho de abrir el abanico de posibles recursos a sujetos que se acercaban con necesidades en “crudo” y muchas veces sin poder verbalizarlas (tal es el caso de la atención a la salud, la posible participación en espacios de educación no formal, el acceso a preservativos de manera gratuita, etc.), me motivaba, teniendo en cuenta que muchos de ellos no continuarían acercándose a la institución. De este mismo modo, entrevisté a familiares de sujetos, principalmente mujeres que se vinculaban con hombres usuarios de drogas; organicé algunos encuentros con los familiares de los

sujetos participantes con el objetivo de reflexionar sobre sus historias de vida y la de sus, en su mayoría, hijos.

Co-coordiné durante 2 años un taller denominado “Taller de Proyectos”, cuyos participantes provenían del Hospital de Medio Día y de los distintos grupos terapéuticos de la institución. Este taller era voluntario, es decir, no obligatorio dentro de los tratamientos de origen de los sujetos. El producto material de este espacio fue un mural cerámico colectivo que implicó tanto el despliegue de técnicas cerámicas como la construcción de un horno de barro para la cocción de las piezas y la elaboración de un registro fotográfico¹⁰⁴ a cargo de los participantes del proceso de producción del mural. Este taller, luego de 2 años de funcionamiento semanal, fue “levantado” por la jerarquía institucional de ese momento por considerarlo un espacio “no productivo” para los sujetos participantes ya que el eje del mismo no giraba explícitamente hacia el “problema droga” y la importancia del no-consumo, sino que se trabajaba en torno de la producción artística, la reflexión sobre las formas de producir colectivamente, satisfacer necesidades y socializar las distintas prácticas de cuidado que desarrollaban los participantes. La decisión de la jerarquía institucional, fue repudiada por parte del equipo, sin embargo, el taller quedó cancelado.



“Mural”. Fotografía tomada por Ana Laura Candil. Año 2009

Además de lo ya señalado, otra de las tareas realizadas fue la construcción de una guía de recursos que fue distribuida entre los compañeros del equipo, a fin de que todos pudiéramos tener la posibilidad de realizar interconsultas y derivaciones y que esto no fuera monopolizado ni por la jerarquía institucional, ni por mí como trabajadora social,

¹⁰⁴ No se presentan aquí las fotografías debido a que en todas ellas figuran los rostros de quienes participaban, y debido a que se ha interrumpido el contacto con los mismos, no es posible contar con su consentimiento informado.



pese a que se me consideraba “el recurso especializado” en realizar articulaciones institucionales.

También co-coordiné un espacio con referentes religiosos preocupados por el avance de las drogas en los barrios donde trabajaban (enmarcado en el programa de Centros Preventivos de Iglesias dependientes del mismo dispositivo público ambulatorio), participé en reuniones con referentes de movimientos sociales y participé de una Mesa de Políticas Sociales organizada por la municipalidad.

Tanto en las demandas institucionales como en las propuestas en las que participaba, el principal medio para desplegar la intervención social era la *palabra* y la finalidad de la estrategia era directa o indirectamente la *participación voluntaria*. Sin embargo, a través de estos medios, los sujetos y familias, accedían a bienes y servicios sociales: educación formal y no formal, tratamientos sanitarios específicos, bolsas de trabajo, DNI, asignación universal por hijo, comedores, etc. Sin embargo, más allá de realizar las vinculaciones institucionales necesarias para acceder a estos bienes y servicios sociales, las condiciones materiales de vida no mejoraban, ni tampoco, las estrategias para garantizar la propia vida.

Intervenciones sociales... ¿para qué?

En el año 2010, renuncié a la institución luego de obtener una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. A través del cursado de algunos seminarios y especialmente luego de una entrevista de una colega para su maestría¹⁰⁵, empecé a sospechar fuertemente que aquello que sentía como una cuestión personal, tenía que ver más con cuestiones estructurales de la política social, que con mis propias potencias y limitaciones profesionales que, por momentos, creía que eran las determinantes en mi producción¹⁰⁶. Tanto la voluntad imperiosa de hacer como la necesidad de no hacer por otros momentos, -traducidos en lenguaje estatal en querer “hacer la plancha”-, podrían estar vinculadas con cuestiones que me excedían, y me siguen excediendo en la actualidad. La constatación de que con “la palabra no alcanza”, de sentir que estaba “poniendo parches”, y de visualizarme como “bombero” de las necesidades tanto de la sede central, de la jerarquía institucional y de los sujetos con los que me vinculaba, y que estas sensaciones fueran compartidas por parte del equipo de trabajo, daban indicios de que tal vez, habría que transitar otros caminos para esbozar algunas relaciones que permitieran repensar la manera de habitar la intervención social. Y también, fundamentalmente, pensar acerca de la utilidad social del trabajo en estos espacios, la utilidad de cada intervención, y particularmente la utilidad de las llamadas intervenciones comunitarias que no solo eran las que más desarrollaba, sino las más

¹⁰⁵ La entrevista mencionada fue realizada por la Lic. Fiorella Cardemartori en diciembre del año 2010.

¹⁰⁶ Me resulta llamativo recordar que aunque en este momento sostenía lecturas que abordaban a la política social como determinación de la práctica profesional, mis sensaciones eran contrarias a las lecturas a las que adhería. Sabía que la determinación no eran mis potencias y limitaciones, pero sentía que sí lo eran.



estimuladas por las jerarquías institucionales. En síntesis, la reflexión sobre el para qué de las intervenciones sociales.

Entonces, ¿cuál fue la utilidad de mi trabajo? Desde mi individualidad, y a modo de respuesta inmediata, la primera respuesta fue, reproducirme a través de la venta de mi fuerza de trabajo.

Pero más allá de mi reproducción social individual, ¿Cuál fue la utilidad de mi trabajo para la política social?

Entiendo a la *utilidad* en los términos de Mario Heler,

útil es aquello que sirve para algo. En este sentido es eficaz: produce efectos. Pero la relación entre lo útil y sus efectos, los fines, puede entenderse como un vínculo meramente instrumental (el fin justifica los medios) o bien comprender los medios (instrumentos) como parte de los fines. En este caso, no son los fines los que justifican los medios, puesto que los medios empleados también determinan los fines: la meta lograda no es independiente de los medios con que se alcanza, sino que los medios concretan los fines, podríamos decir, a su manera, marcando su huella. (Heler, 2004: 76)

Una respuesta posible sobre la utilidad del tiempo de trabajo es estrictamente cuantitativa, y estaría relacionada con la utilidad instrumental, es decir, basada en la disociación medios-fines: las intervenciones sociales desplegadas durante mi tiempo de trabajo sirvió para aumentar los indicadores de tratamiento institucionales. Como todo espacio gubernamental, esta institución está regulada/reglada por determinados procedimientos e instrumentos de registro. Durante el tiempo que trabajé allí, existían, además de la Historia Clínica, dos planillas en las cuales se cuantificaban las intervenciones sociales realizadas en cada institución. Existía una planilla para cuantificar la cantidad de entrevistas individuales y familiares realizadas mensualmente, y otra planilla para cuantificar las intervenciones comunitarias realizadas mensualmente. Ambas eran enviadas a la sede central todos los meses, donde se agrupan, ordenan y se realizan estadísticas sobre el funcionamiento de los centros. Entonces, las intervenciones realizadas durante mi tiempo de trabajo fueron útiles para aumentar los indicadores de tratamiento.

Sin embargo, la contemplación de esta posible utilidad instrumental, no alcanza para contener el interés sobre el trabajo territorial/comunitario que era explicitado por parte de las jerarquías institucionales. Modalidad de abordaje que se encuentra promovida actualmente desde múltiples instancias gubernamentales y que se vincula a su vez con la tendencia de la política social nacional¹⁰⁷. Las intervenciones comunitarias no solo eran

¹⁰⁷ A modo de ejemplo, pueden consultarse las políticas sociales impulsadas durante el kirchnerismo. En su mayoría hacen hincapié en la importancia de la organización para la dignificación de la vida. (Cf.



demandadas sino también sumamente estimuladas. Evidentemente existía otro tipo de utilidad institucional que no tenía que ver con la lógica instrumental.

La apuesta profesional de “colectivizar”, en el sentido de volver colectivo lo que es generalmente percibido como un padecimiento individual, el uso (intensivo o no) de drogas, resultaba interesante porque incluso permitía cuestionar la percepción de los usos de drogas como una “patología social” (SADA, s/f) y posibilitaba pensar incipientemente en un problema social, de construcción histórica, vinculado a la manera de producir y consumir en la sociedad inscripta en cuerpos singulares.

Pero debido a que la intervención estatal potenciaba la conformación de redes sociales, de mesas de gestión, de intervenciones territoriales participativas, es decir estimulaba múltiples formas de “organización popular”, es posible conjeturar que implícitamente deslizaba y postulaba al Estado como un actor social más. Siguiendo estos deslizamientos, es posible pensar que además de un desdibujamiento de roles, se podrían diluir también las responsabilidades en relación con la atención del problema:

Apelar a la “comunidad” aparece en el imaginario estatal como sinónimo de proceso democratizador, cuando creemos que en realidad presenta facetas más complejas en cuanto a responsabilidad y conflictividades, las cuales son transferidas a las organizaciones barriales para que en ese ámbito sean asumidas o dirimidas (...) Esto mismo es utilizado en muchos casos como un mecanismo culpabilizador si ciertas acciones fracasan. Es decir, los obstáculos aparecen en los tiempos, mecanismos o incapacidades de las organizaciones para asumir el papel que les toca en estos procesos. (Cravino, 2004: 8)

Aún cuando intentamos distanciarnos de modalidades individualizantes, la colectivización de los problemas sociales pueden llegar (y de hecho llegan) a solaparse con la colectivización de las posibles soluciones y más peligrosamente con las responsabilidades frente a los mismos.

No parece imposible plantear que más allá de que lo sinceramente declarado democratizador y con sensatas pretensiones de trabajo no culpabilizadoras ni hacia los sujetos ni hacia las comunidades (o los barrios o las organizaciones), “la comunidad” ha adquirido matices que ameritan una relectura. Si “la comunidad” (o “lo comunitario”), es una modalidad de gobierno, ésta atraviesa a todos los involucrados, y también, a nosotros, los trabajadores (sociales o no). Al respecto, Rose señala que el espacio de gobierno ya no se daría en términos societales, sino estaría reorientado a los vínculos y las situaciones más cotidianas:

www.desarrollosocial.gov.ar). Así como también el libro “La bisagra” (Kirchner, 2007). Si bien excede ampliamente las posibilidades de este escrito, queda pendiente abordarlo sistemáticamente.



organizados en términos de relaciones de identificación entre la persona y “su comunidad” –la colectividad particular a la que cada persona está atada por el parentesco, la religión, la residencia, dificultades compartidas o afinidad moral. En cada caso, la comunidad no es simplemente el territorio de gobierno, sino una manera de gobierno: sus ataduras, lazos, fuerzas y afiliaciones deben ser celebradas, fomentadas, nutridas, conformadas e instrumentalizadas con la esperanza de producir consecuencias deseables para todos y cada uno. (Rose, 1996: 11)

Desde estas lecturas, entonces, es posible pensar que algunos aspectos de mi práctica profesional no tuvieron que ver con potencias y/o limitaciones subjetivas, sino con los solapamientos y desplazamientos que se imprimen en los modos de subjetivación a través de las modalidades de ver y hacer, de pensar y de intervenir-en-el-mundo. Tal vez, mi propia percepción y adherencia profesional a la afirmación “la intervención comunitaria supera los espacios de disciplinamiento y control de los sujetos”, amerite ser puesta en entredicho. Aún, o por sobre todo, cuando este tipo de intervención social sea la que haya intentado promover a diario.

La cabeza está en los pies

Como reflexión final pero provisoria de este escrito, resulta necesario volver a sus para qué. Los objetivos propuestos en un principio eran tres: pensar las demandas institucionales en torno del ejercicio profesional en una institución que aborda los usos (intensivos o no) de drogas; esbozar algunos efectos posibles de la intervención profesional atendiendo a su utilidad social desde la perspectiva institucional; y, por último, objetivar la propia práctica a fin de repensarla de manera situada en la política social sectorial que la determinó.

Durante el tiempo en que trabajé en la institución, mis reflexiones estuvieron orientadas a captar algunos de los mecanismos a través de los cuales los sujetos destinatarios eran modelados, moldeados y homogenizados en las intervenciones sociales. A un año y medio de distancia de la práctica profesional diaria, y a través de estas líneas, he intentado objetivar mi participación en esos mecanismos.

Actualmente me encuentro tropezando en los caminos de la investigación, que si bien presentan diferencias con los recorridos de la intervención social (en el sentido clásico), presenta similitudes. Es que tanto la investigación como la intervención están enlazadas y superpuestas, ya que no existe tal disociación en el hacer y el pensar. Mientras pensamos, hacemos, y mientras hacemos, pensamos. No resulta casual entonces que el tema que me encuentro abordando académicamente sea la relación entre políticas sociales y usos de drogas, y particularmente, los distintos modos de ver y decir que se encuentran y desencuentran en las intervenciones sociales que se despliegan en los dispositivos estatales.

He intentado objetivar(me) en las intervenciones en las que participé para volver a los primeros pasos de este recorrido que a su vez deviene de otros recorridos, para



despojarme de la neutralidad aséptica y distante que intenta imponer el abordaje científico a los problemas sociales, para asumirme como un cuerpo participante más en dicho proceso, y para confirmar lo que Freire señaló hace ya tiempo: “la cabeza piensa donde los pies pisan”.

Bibliografía

Candil, Ana Laura (2011). “La lupa en lo urbano: reflexiones sobre la irrupción de “pasta base /paco” en Argentina y la localización de dispositivos públicos de tratamiento en el sur del Área Metropolitana de Buenos Aires”. Ponencia presentada en el I Congreso de Estudios Urbanos. Universidad Nacional de General Sarmiento. Eje 5: “La territorialización de la cuestión social y de las políticas sociales”. Mesa Nro. 1: “Territorio, condiciones de vida y políticas de salud”. 24 al 26 de agosto de 2011. UNGS, Los Polvorines.

Cardemartori, Fiorella; Campos, Julia; y Seiffer, Tamara. (2007) *Condiciones de trabajo de los trabajadores sociales*. Espacio, Buenos Aires.

Cravino, M. (2004) “El barrio concebido como comunidad. Reflexiones acerca de algunos supuestos presentes en la focalización territorial de las políticas asistenciales” en *Cuaderno Urbano N° 4*. UNNE, Resistencia.

Danani, Claudia (1996) “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población objeto” en Hintze, Susana. *Políticas Sociales. Contribución al debate teórico – metodológico*. CEA/UBA, Buenos Aires.

De Paula Faleiros, Vicente (2000) “Las funciones de la política social en el capitalismo” en Montañó, Carlos y Borgianni, Elisabete. *Política Social Hoy*. Cortez Editora, Sao Paulo.

Epele, M. (2008) “Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos”. En Cannellotto, A. y Luchtenberg, E. (coord.) *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas*. Disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>

Epele, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Paidós, Buenos Aires.

Grassi, E. (2004). “Problemas de la teoría, problemas de la política. Necesidades sociales y estrategias de política social” en <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/salvia/lavbo.htm>

Harvey, David (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Akal, Madrid.

Heler, Mario (2004). *Ciencia Incierta. La producción social del conocimiento*. Biblos, Buenos Aires.



Kirchner, Alicia (2007). *La Bisagra. Políticas Sociales en acción. Memoria, Verdad, Justicia, Organización Social*. Publicación del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

Menéndez, María Isabel. (s/f) “Drogas y violencia simbólica” Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Menendez-15.pdf>. Consultado el 13 de agosto de 2011.

Renoldi, Brigida (1998). “Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes”. Tesis de Licenciatura en Antropología. UBA, Buenos Aires.

Rose, Nikolas (1996) “La muerte de lo social. Re-figuración del territorio de gobierno” en *Economy and Society*, Volume 25, Number 3. Material provisto por el seminario “Teoría Sociológicas sobre la comunidad” a cargo del Dr. Pablo de Marinis. 2007.

Rossi, Diana; Pawlowicz, Maria; Zunino Singh, Dhan (2007) *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud*. Naciones Unidas. Oficina contra las drogas. Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires.

SADA (s/f) Plan Provincial de Atención a las Adicciones. Avances y planificación de gestión 2003-2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Topalov, Christian. (1979) *La urbanización capitalista. Algunos elementos para su análisis*. Edicol, México.

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

Vázquez, Andrea y Stolkiner, Alicia (2009). “Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia”. *Anuario de investigaciones*, volumen XVI, Facultad de Psicología UBA, Buenos Aires.