



UNR Universidad
Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

Trabajo Integrador Final:

“Los desafíos del Trabajo Social en los abordajes integrales y comunitarios de consumos problemáticos”

Alumno: Esteban Ferreyra epeferreyra@gmail.com

Director: Renzo Tiberi renzotiberi4@gmail.com

Modalidad: Investigación

Rosario, octubre 2024

Gracias

A mi familia, por acompañarme de principio a fin. a mi viejo y mi vieja pilares fundamentales y a mis hermanos, que también han sido compañeros de estudio.

A Palo y a Lucho y a todxs lxs compañerxs que me dió la FCPOLIT que sin ellxs no hubiera llegado hasta acá.

A Emi por acompañar y sostener desde el cariño y el amor en este tramo final.

A mis amigos de hoy y siempre por crecer conmigo.

Al zuko compañero incondicional.

A mi Director Renzo por jugar un rol importantísimo en este trabajo final.

A la Universidad Pública, por formarme no solo académicamente sino también como persona.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1: Una aproximación al consumo de sustancias.....	10
El consumo como problemática social.....	10
Modelos de abordaje.....	15
Estrategias de intervención.....	20
CAPÍTULO 2: Evolución de la Legislación y Normativas Claves en el Abordaje.....	23
Evolución legislativa y su impacto en el abordaje:.....	23
La Ley de Salud Mental N° 26.657.....	28
Últimas reformas.....	30
CAPÍTULO 3: El Modelo de Abordaje Integral y Comunitario.....	34
El modelo y sus aplicaciones a nivel municipal, provincial y nacional.....	40
Los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC).....	42
Las Casas de Asistencia y acompañamiento comunitario (CAAC).....	43
CAPÍTULO 4: desafíos, tensiones y estrategias del Trabajo Social en los abordajes integrales comunitarios,.....	46
Algunos desafíos que se presentan.....	48
Estrategias que se desarrollan.....	51
Los Obstáculos.....	54
REFLEXIONES FINALES.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXO.....	63

INTRODUCCIÓN

El presente estudio es parte de la producción del Trabajo Integrador Final de grado, necesario para completar la formación de la Licenciatura en Trabajo Social dictada en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario. Este tiene como horizonte indagar acerca de los desafíos que supone para la intervención profesional del Trabajo Social abordar el consumo problemático de sustancias desde el modelo integral y comunitario. Este trabajo particularmente hace hincapié en el rol de los trabajadores sociales que ejercen la profesión en instituciones que trabajan bajo este modelo en la ciudad de Rosario.

Si bien el consumo de sustancias psicoactivas es una práctica milenaria en el ser humano, en los últimos 50 años se ha constituido como un problema social de agenda pública a nivel internacional. En este sentido, partimos de una conceptualización del consumo de sustancias psicoactivas como una problemática social compleja, multicausal, dinámica y heterogénea, que tiene efectos nocivos en la vida de los individuos y en el lazo social. Actualmente, existen temores y prejuicios diversos frente al consumo de sustancias psicoactivas: suele ser asociado con la ilegalidad, la delincuencia y la marginalidad, lo que genera la estigmatización y marginación de las personas que consumen. Para abordar el tratamiento de esta problemática se tiende a pensar predominantemente en soluciones que implican medidas restrictivas, como la internación, el confinamiento en comunidades terapéuticas, la prohibición del acceso a ciertas sustancias y la adopción de enfoques centrados en la abstinencia. Estos enfoques, que han sido tradicionalmente utilizados, reflejan una visión que prioriza la contención y el control sobre las dinámicas del consumo, a menudo sin contemplar una mirada más integral y multidimensional que abarque las dimensiones psicosociales y culturales del fenómeno.

En este marco, el interés por la problemática surgió a raíz de una experiencia laboral propia que consistió en ocupar el rol de “operador socio-territorial” en distintos dispositivos de la Comunidad Padre Misericordioso. La misma es una organización de la sociedad civil dirigida y gestionada por sacerdotes de la Iglesia Católica. Se encuentra asociada a la federación de la Familia Grande Hogar de Cristo, organización que agrupa a nivel nacional a

todas las comunidades que replican la experiencia “Hogares de Cristo”, llevada adelante por los curas villeros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La experiencia de los “Hogares de Cristo” es pionera en el abordaje territorial y comunitario de la problemática: desde hace 11 años construyen estos abordajes en los “centros barriales”. A lo largo de este periodo se pudo observar cómo se configuraban los espacios de trabajo, la estructura de los equipos y las estrategias implementadas para tratar la problemática. Durante este proceso, se evidenció una constante incertidumbre respecto al rol específico del Trabajo Social en estas intervenciones. Por ello, resultó relevante profundizar en esta cuestión, recopilando experiencias tanto de dispositivos gestionados por el Estado como de aquellos pertenecientes a otras organizaciones, con el objetivo de analizar cómo se define y ejecuta la intervención profesional en diferentes instituciones y contextos.

El modelo de abordaje integral y comunitario o también llamado integral territorial es un esquema relativamente nuevo, que empieza a tomar impulso en nuestro país hace aproximadamente 15 años. Éste incorpora una perspectiva centrada en las personas y en sus trayectorias de vida, con sus historias personales y también colectivas, priorizándose un enfoque de derechos. Esta nueva modalidad surge a raíz del cambio paradigmático que viene teniendo lugar en Occidente: el paso desde el paradigma prohibicionista y la aplicación de estrategias de abstencionismo, a la noción del consumo problemático desde una perspectiva de salud mental y abordada desde la reducción de daños. En Argentina, este cambio se materializó con la promulgación de la Ley N° 26.657 de Salud Mental, sancionada en el año 2010. Esta legislación introdujo un enfoque innovador al situar el respeto por los derechos humanos y la desinstitucionalización en el centro del abordaje de la salud mental, marcando un antes y un después en el tratamiento y en la atención de las personas afectadas por trastornos mentales y por el consumo problemático de sustancias. Este proceso de cambio dió lugar a nuevos espacios que se encuentran en los barrios más vulnerables y marginales, en donde se presenta una dinámica distinta a la tradicional de las conocidas internaciones para tratar la adicción en “granjas” y comunidades terapéuticas o de rehabilitación. En estos toma protagonismo el rol de la comunidad y del sujeto como parte de esta.

El modelo de abordaje integral comunitario o integral territorial adhiere a la reducción de riesgos y daños, entendiendo que un abordaje integral requiere comenzar por ir decreciendo las diversas y múltiples vulnerabilidades de los sujetos con un objetivo potencialmente terapéutico. Una de las características que tiene este modelo es su

integralidad, dada la complejidad del trabajo territorial y la constante tensión entre lo colectivo y lo particular de cada contexto, es esencial que la intervención sitúe a la comunidad como su eje central. En lugar de adoptar un enfoque biologicista, individualista o descontextualizado, que ignore el conocimiento local, se procura fomentar una intervención comunitaria en salud que se lleve a cabo con la participación activa de la propia comunidad y desde sus propios saberes. (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [Sedronar] 2019b, p.15). En este modelo de abordaje no existe una metodología única y estandarizada, no hay un lineamiento estricto que provenga desde algún organismo del Estado o internacionales, sino que bajo unos lineamientos generales marcados por la Sedronar, cada organización con sus distintos recursos, herramientas y posicionamientos teóricos va a construir su propio abordaje. Esto brinda como potencialidad la flexibilidad que es necesaria para abordar esta problemática compleja. Sin embargo, a la vez, puede generar claroscuros que no sean tan beneficiosos y en particular en el rol del Trabajo Social se pueden encontrar estas situaciones. Dada la complejidad que estas características revisten es que se cree que el abordaje integral territorial es aún un modelo en construcción, que requiere continuar nutriéndose de las prácticas que de él se desprendan.

A partir de todo lo planteado anteriormente nos surgieron los siguientes interrogantes que se constituyeron en las preguntas que guiaron la presente investigación: ¿Cómo es la inserción del Trabajo Social en los distintos equipos y distintas instituciones? ¿Qué particularidad se destaca en la intervención del TS en este nuevo modelo? ¿Qué desafíos se le presentan a la profesión en cuanto a la cuestión de la “especificidad propia”? ¿Hay un reconocimiento de la intervención en estas organizaciones o se desdibuja con la intervención interdisciplinaria? ¿Hay un terreno fértil para la profesión a la hora de ampliar e innovar para construir nuevas intervenciones o se ven limitadas las opciones de los profesionales por el mismo modelo? ¿Al ser las instituciones manejadas por distintas organizaciones de la sociedad civil, como se ve afectada la intervención profesional por cuestiones organizativas y de enfoques filosóficos o religiosos propios de cada organización? ¿Qué estrategias se utilizan para construir “lo comunitario”? ¿En qué características podemos encontrar lo referido a “lo territorial”?

En relación a estos interrogantes proponemos como objetivo general de este trabajo:

- Investigar los desafíos que enfrenta el TS en relación con las intervenciones profesionales realizadas en el modelo de abordajes integrales y comunitarios de

consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, en los dispositivos que funcionan bajo los programas de la Sedronar en la ciudad de Rosario y sus alrededores.

Y como objetivos específicos:

- Indagar acerca del rol que ocupa el Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios que funcionan en estos dispositivos.
- Visualizar cuales son las principales estrategias de intervención de los profesionales del Trabajo Social
- Analizar cuales son los obstáculos y las potencialidades para el despliegue profesional que identifican los profesionales del TS en relación con el modelo de abordaje integral y comunitario.
- Identificar de qué manera se concreta en la intervención el abordaje comunitario o territorial.

El presente Trabajo Final ha sido realizado bajo la modalidad de investigación y llevado adelante a través de una metodología de tipo cualitativa, que a diferencia de los enfoques cuantitativos, que se basan en una visión positivista y aplican controles estrictos en situaciones "artificiales", con un investigador que intenta mantener distancia y neutralidad, los métodos cualitativos se centran en contextos "reales". En estos últimos, el investigador busca comprender las estructuras de significado inherentes a dichos contextos a través de su participación en ellos. La premisa principal de las metodologías cualitativas es que la investigación social debe ser más fiel al fenómeno que estudia que a un conjunto rígido de principios metodológicos.(Vasilachis De Gialdino, 1992, p.57).

La principal técnica que se utilizó para llevar adelante este trabajo es la entrevista. Retomando a Ruth Sautu (2006) se puede decir que la entrevista es una conversación estructurada que tiene como finalidad obtener, recuperar y documentar las experiencias de vida almacenadas en la memoria de las personas. En este proceso, el entrevistado relata sus historias mientras el entrevistador indaga sobre eventos y situaciones. Cada investigador lleva a cabo la entrevista de manera distinta, influenciado por su cultura, sensibilidad y conocimiento del tema, además del momento y el lugar en el que se desarrolla la interacción. (p.48). Elegimos particularmente, la entrevista semi-estructurada porque la consideramos la

más adecuada para obtener la información que estábamos buscando en los trabajadores sociales que asisten en cada dispositivo. Estas ofrecen una mayor flexibilidad en comparación con las entrevistas estructuradas, ya que se basan en preguntas previamente diseñadas, pero que pueden adaptarse según las respuestas de los entrevistados.”Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (Díaz-Bravo, 2013). Esta brinda la flexibilidad necesaria pero a la vez la uniformidad para poder alcanzar interpretaciones de los entrevistados que sean acordes a los objetivos del estudio.

Con respecto al material bibliográfico, para la construcción del siguiente Trabajo Integrador Final seleccionamos, por un lado, bibliografía perteneciente al plan de estudio de la Licenciatura en Trabajo Social a fin de integrar contenidos y conocimientos adquiridos a lo largo de la formación. Por otro lado, añadimos material bibliográfico exclusivo de la temática que implicó una búsqueda por fuera de la currícula del grado. Además el análisis documental comprende los enunciados de los programas instituidos, de las políticas públicas destinadas al abordaje de la problemática, documentación oficial, como leyes, normativas o resoluciones y material producido por los organismos estatales que abordan esta problemática.

Este trabajo consta de 4 capítulos. En el primero desarrollamos algunos conceptos que son necesarios para comprender el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas y el rol de las sustancias en nuestra sociedad. También se describen los distintos modelos y estrategias a través de los que se ha abordado el tema a lo largo de los años y que hoy en día conviven en la práctica.

El segundo capítulo ofrece una reconstrucción del marco normativo que ha regulado la problemática del consumo de sustancias a lo largo de la historia, destacando los principales hitos legislativos que han marcado su evolución hasta el paradigma actual. En este, se realiza un análisis del marco jurídico tanto a nivel internacional como nacional, recorriendo las principales normativas y tratados que han influido en el desarrollo de políticas de drogas. Se abordan los debates y discusiones que han atravesado la cuestión, permitiendo comprender los cambios normativos que han impactado en el tratamiento de la problemática.

El tercer capítulo presenta un análisis detallado del modelo de abordaje integral y comunitario, también conocido como modelo integral territorial. En este capítulo se exploran sus principales características a partir de diversos autores y en función de las directrices

propuestas por la Sedronar. Se abordan conceptos clave como comunidad, territorio, integralidad y los enfoques comunitarios que sustentan este modelo. Además, se profundiza en la descripción y funcionamiento de los dispositivos que forman parte del estudio, con el objetivo de ofrecer un marco teórico sólido para la intervención profesional en este ámbito.

El cuarto capítulo se centra de manera específica en el papel del Trabajo Social dentro de estos espacios y territorios. Se enfatiza la importancia de la interdisciplinariedad que caracteriza el trabajo en este contexto, y se analizan diversos desafíos y tensiones que enfrenta nuestra profesión en relación con estos nuevos enfoques de intervención. A lo largo del capítulo, se busca ofrecer una comprensión profunda de las dinámicas que afectan la práctica del Trabajo Social en el marco de abordajes integrales y comunitarios.

CAPÍTULO 1: Una aproximación al consumo de sustancias

El consumo de sustancias ha sido una práctica social recurrente a lo largo de la historia de la humanidad. Sin embargo, el significado y las implicaciones asociadas a esta conducta han variado sustancialmente con el paso del tiempo, respondiendo a transformaciones culturales, sociales, económicas y políticas que han moldeado la manera en que las sociedades interpretan y regulan estas prácticas. Para entender los consumos en el presente es necesario realizar un breve recorrido histórico que permita poner en perspectiva qué entendemos por consumo, pensar en qué circunstancias se transforma en un problema, cuáles son sus características, presentar definiciones fundamentales de ciertos conceptos clave, así como realizar un análisis exhaustivo de los modelos y estrategias que se han implementado para abordarlos.

El consumo como problemática social

A lo largo de la historia los consumos de sustancias han estado asociados a prácticas culturales o de tipo religiosas, festivas y curativas que eran aceptadas, comprendidas y compartidas por los miembros de esa comunidad. De hecho, el uso de drogas alucinógenas, estimulantes o depresoras se realizaba en contextos muy regulados y era llevada adelante por personas significativas en la sociedad. Estas prácticas eran aceptadas, comprendidas y compartidas por los miembros de esa comunidad. A pesar de su utilización en todas las épocas históricas y en todas partes alrededor del planeta, el consumo de sustancias nunca había mostrado signos claros de haberse convertido en problemática social. Por esto, surge la pregunta, ¿en qué momento el consumo de sustancias psicoactivas o drogas pasó a ser una problemática social?

Touzé (2006) identifica el fin del siglo XIX como un momento clave en el cual "el problema de las drogas" adquirió relevancia social y política. La autora vincula este proceso con la transición hacia la modernidad, señalando que fue durante este período cuando la tradición y lo divino dejaron de ser los ejes centrales que otorgaban sentido a la existencia, se produjeron fracturas en las estructuras de regulación colectiva, lo que generó cuestionamientos sobre la estabilidad de los lazos sociales y permitió que surgiera una mayor valorización de la subjetividad individual (p.24). Al mismo tiempo se da un increíble

desarrollo de los procesos industrializados, de la mano de nuevas tecnologías y de comercialización a gran escala de distintos productos manufacturados. Estos cambios favorecieron la emergencia de nuevas formas de regulación social y con estas una preocupación en torno a las sustancias, lo que permitió que las drogas comenzaron a ser percibidas como un problema que requería atención específica.

El “problema de La Droga”

Para poder analizar este tema un concepto que es clave introducir es el de *representación social*, término que acuñó Moscovici (2000). Se puede considerar que las representaciones sociales constituyen un fenómeno específico relacionado con una manera particular de comprender y comunicar, una manera que, al mismo tiempo, crea la realidad y el sentido común. Están constituidas por creencias, ideas ante determinadas situaciones y son compartidas por un colectivo social como parte de la construcción del sentido común. En tanto proceso social, las representaciones sociales construyen significaciones comunes que producen discursos a través de los cuales se legitiman y naturalizan concepciones, miradas y posicionamientos frente a la realidad. Se trata de discursos que explican esa realidad y le dan un sentido. Esto quiere decir que lo que circula en el discurso de las personas como sentido común o en los imaginarios sociales no es otra cosa más que una interpretación de una realidad sobre la cual podemos cuestionar y poner una pregunta que invite a la reflexión.

Los medios de comunicación tienen un papel muy importante en la transmisión de sentidos y narrativas sociales, pero también, las redes sociales son cada vez más un espacio de divulgación de información y, por lo tanto, un espacio privilegiado para la circulación de representaciones, estereotipos y prejuicios.

Las representaciones sociales sobre esta problemática no se corresponden con las características objetivas del fenómeno en sí, sino que reproducen sentidos, imágenes, prácticas, afectos y tienen una lógica diferente a los conocimientos científicos y a las experiencias en la práctica. Existen algunas representaciones sociales donde la droga aparece como un producto mortalmente dañino, idea que justifica la prohibición de su uso y distintos estigmas que se le adjudican a las personas que consumen, como el pensamiento de que todo el que consume es adicto y por lo tanto un enfermo o posicionarlo dentro del rol de criminal. Por lo tanto se considera indispensable aclarar la información que rodea al concepto de “La Droga”.

Al emplear una terminología tan imprecisa, se refuerza el estigma y se limita la pluralidad en el proceso de intervención.. Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “toda sustancia que -introducida en el organismo- produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (Sedronar, 2020). Esta definición comprende tanto a sustancias legales, como ilegales, tampoco hace distinción en las intencionalidades de su uso, ni en los efectos particulares que produce cada una.

En este trabajo utilizaremos el concepto de “sustancias psicoactivas”, que podemos decir que son todas las sustancias que alteren el sistema nervioso central como se explica en la definición anterior pero esta decisión nace con el fin de sacarle ese rol de sujeto activo a “La Droga” como protagonista y como actor que posee voluntad, que termina siendo el chivo expiatorio de todos los males, en todo caso el genérico “la droga”, obstaculiza la comprensión de la problemática y limita las alternativas de acción. En todos los casos se trata de sustancias psicoactivas con las que se puede, en algunos casos, establecer vínculos problemáticos y/o relaciones de dependencia.

El término “sustancias psicoactivas” es más preciso, entonces, y puede definir como “un conjunto de sustancias químicas que, al incorporarse al organismo, producen una variabilidad de efectos complejos relacionados con la sustancia que se consume, el sujeto consumidor y el contexto en que tienen lugar las prácticas de consumo” (Sedronar, 2019, p.14).

Estas sustancias pueden dividirse en dos grandes grupos según el momento histórico y la ubicación geográfica: legales o ilegales. Las primeras son aquellas que están socialmente aceptadas y su circuito de producción, comercialización y consumo están dentro del circuito legal. Ejemplos de estas son el alcohol, el tabaco y los psicofármacos que están reguladas con distintos niveles más o menos restrictivos (por ejemplo, solo pueden consumir alcohol mayores de 18 años). Las segundas se encuentran en el marco de la ilegalidad, desde su producción hasta su tenencia para consumo personal. Entre estas se encuentra la cocaína, las drogas sintéticas y la marihuana, junto con otras tantas y muchas nuevas drogas que han sido desarrolladas en los últimos años.

Una nueva forma de denominarlas que puede aportar a la discusión en este caso es la que propone Cozzi (2019) que las denomina “drogas ilegalizadas” con el fin de entender que

hay una voluntad política y una relación histórica, y que no es un fenómeno o característica particular de la sustancia en cuestión el que una sustancia sea legal o no. “Se prefiere el término «ilegalizadas» a «ilegales» porque se pretende dar cuenta de los procesos sociales complejos que las vuelven ilegales; es decir, que producen la prohibición penal de la producción, tráfico, comercialización o consumo de determinadas sustancias” (Cozzi, E. 2019, p.2)

Sociedad de consumo

Para poder pensar los consumos de sustancias, no podemos pensarlos por fuera de su relación con la sociedad de consumo. Bauman (2007) habla de que la sociedad atraviesa un proceso de pasaje de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores.

La característica principal de esta es que los consumos de bienes y servicios en general se han enarbolado como modo de satisfacción de deseos y necesidades, se educa a las personas para que sean consumidoras, para que estén dispuestas a ser seducidas constantemente por las ofertas del mercado, a la vez que crean que son ellas quienes mandan, juzgan, critican y eligen. En esta sociedad mediante la publicidad se presentan los bienes y los servicios de consumo como objetos capaces de satisfacer todas las aspiraciones de felicidad que pueda tener una persona.

Por lo tanto, el análisis de la relación entre las personas y las drogas no puede quedar escindido de las formas particulares que esta época imprime a las relaciones entre las personas y sus consumos.

Otra particularidad que tiene la sociedad de consumo es que su lógica rechaza y excluye a aquellos que no cumplen con las expectativas que promueve. En ese sentido, los consumos son también un modo de generar pertenencia e identidad. Por ende, es común que entre los jóvenes y adolescentes este efecto se vea plasmado, ya que es un momento de la vida en la que se está formando la personalidad de cada persona.

Algunas características del vínculo con las sustancias

Como se expuso, el consumo de sustancias es una problemática social compleja multicausal, dinámica y heterogénea. Estos son múltiples y no hay una razón causa-efecto directa que los produzca. Para poder entenderlos y abordarlos de manera eficiente hay que

prestar atención a 3 elementos: la sustancia, el sujeto que las utiliza y el contexto social y cultural de ese uso. Estos tres factores se combinan y van juntos, más allá de cualquier tipo de estrategia que se desarrolle para intervenir. Si no tenemos en cuenta estos 3 factores es probable que se esté fallando en la intervención. Una serie de interrogantes fundamentales que deben considerarse respecto a estos elementos podrían ser las siguientes: ¿Quién consume? ¿Qué consume? ¿Cómo consume? y ¿Dónde y cuándo consume?

Es importante considerar que cada persona puede mantener un vínculo distinto con las sustancias. Tradicionalmente se han adoptado los conceptos de *uso*, *abuso* y *adicción o dependencia*. Para ello, tomaré las descripciones realizadas por el Manual de conceptos y herramientas para la investigación sobre consumos de sustancias psicoactivas realizado por Sedronar (2023).

USO: nos referimos a un consumo generalmente ocasional, aislado, que no ocupa una presencia significativa en la vida de la persona que consume. Tomar una copa de vino o consumir alguna otra sustancia psicoactiva ocasionalmente, son ejemplos de uso de esas sustancias. El consumo experimental también es uno de los modos en que puede manifestarse este patrón de uso.

ABUSO: nos referimos a una situación en donde no solo aumenta la frecuencia y la cantidad de lo que se consume en la mayoría de las situaciones, sino que ese consumo cumple una función para la persona, ya sea estar mejor de ánimo, perder la timidez, producir más, etc. La característica sustancial del abuso es su regularidad en tiempo y espacio. Ejemplos de abuso pueden ser, por ejemplo, tomar psicofármacos por cuenta propia sin prescripción ni control médico, o tomar bebidas alcohólicas para afrontar una situación estresante o conflictiva.

ADICCIÓN O DEPENDENCIA: hace referencia a cuando la vida de una persona gira exclusivamente en torno al consumo de una o varias sustancias. Recordemos que la situación adictiva, compulsiva, puede darse hacia conductas, objetos varios e incluso personas. En el caso de las sustancias, se percibe que la vida pierde sentido sin ellas y se hace todo lo posible para conseguirlas y consumirlas, incluso más allá de la propia intención de no volver a hacerlo, estableciendo así una relación compulsiva. La adicción es un problema de salud en el que la persona fue perdiendo la capacidad de controlar su consumo, a pesar de las consecuencias adversas que puede reconocer en sí misma. Estas consecuencias suelen darse en el plano de la salud, en el cumplimiento de las responsabilidades cotidianas (familiares,

laborales, escolares) y/o en los vínculos interpersonales. En esta instancia, el consumo no siempre responde a la obtención de placer, sino que muchas veces pretende evitar los malestares físicos y psíquicos que produce la ausencia de la sustancia en el cuerpo, lo que llamamos abstinencia.

Algo que es importante aclarar es que el vínculo problemático que se puede establecer con las sustancias, no es únicamente en el caso de un consumo prolongado en el tiempo o por determinada cantidad que es una de las falencias en las que se puede caer en estas diferenciaciones de uso abuso y dependencia. Es, más bien, en relación al contexto y las motivaciones de cada persona, más que la sustancia en particular, cualquiera que sea.

Por esto es que en esta investigación se va a trabajar en referencia al concepto de “consumos problemáticos” un concepto más amplio y que es el que adopta la Sedronar. Este se define en el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) sobre el cual profundizaremos más adelante.

Se entiende por consumos problemáticos aquellos consumos que —mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley 26.934, 2014 artículo N° 2).

Modelos de abordaje

Con el fin de seguir indagando en los discursos plasmados dentro de los distintos enfoques, desarrollaremos algunos modelos que son los principales para guiarse en las intervenciones sobre esta problemática. Se considera pertinente empezar retomando los planteados en 1975 por Helen Nowlis quien propuso cuatro modelos para analizar la relación entre las personas y las drogas: ético-jurídico, médico-sanitario, psico-social y socio-cultural.

Poco después, Alberto Calabrese y otros (1976), describen un modelo denominado Ético-Social que se enmarca en una sociología crítica y que analiza el problema de las drogas como una construcción social. Y por último vamos a sumar el que propone la Sedronar denominado, Modelo Multidimensional.

El objetivo de este apartado es tener una visión de los distintos modelos y lograr una perspectiva más amplia en las formas de interpretación y comprensión de la problemática con el fin de proponer abordajes superadores y novedosos, y no simplemente compararlos. También, es muy importante aclarar que aunque los modelos teóricos de abordaje de consumos problemáticos proporcionan valiosas herramientas analíticas y guías para la intervención, es crucial entender que en la práctica, estos modelos no se manifiestan de forma pura. Para los primeros cuatro nos vamos a basar en el escrito publicado por el Ministerio de Educación de la Nación compilado por Susana Ryan en 2009.

→ **Modelo ético-jurídico**

Este modelo asigna a la sustancia un lugar preponderante en la configuración del problema. La Droga es pensada como sujeto, como elemento activo y es definida a partir del criterio de legalidad. Este modelo reconoce como Droga sólo las sustancias ilegales, a las que asigna el rol de agente causal del “problema de las drogas”. Se habla de “La Droga”, y la sustancia es vista casi como un ser poderoso con capacidad de captar consumidores. Se puede evidenciar en mensajes como “no te dejes atrapar por la droga”. No es el sujeto que se dirige a las drogas, sino que son las drogas las que poseerían el poder en sí mismas de dirigirse, atrapar o poseer al individuo. Desde esta perspectiva, la persona, colocada en un segundo plano, pasa a ocupar el lugar de objeto. Se produce una inversión lógica: las drogas son vistas como sujetos y las personas pasan a ser vistas como objetos. A las personas se las categoriza según entren en contacto con “la droga”. Se rige bajo el criterio de legalidad. El consumidor de drogas (siempre ilícitas) viola la ley, y es por lo tanto un transgresor.

En lo que concierne al contexto, éste se encarna en la norma. Vale decir que lo social se subsume a lo normativo, y así quedan claramente delimitados dos ámbitos: el de los “normales” y el de los “desviados”. Términos como ‘flagelo’, ‘delincuente’, ‘vicioso’ pertenecen a esta visión conceptual. Este modelo se denomina ‘ético’ pues de las máximas que lo componen se desprende una valoración de la conducta: prescribe lo que está bien y lo que está mal. El término ‘jurídico’ alude al mandato social encarnado en la norma, cuya

trasgresión implica una sanción: el consumidor se convierte, entonces, en delincuente. Surge aquí una paradoja: vimos que la droga es el sujeto activo y la persona, una mera víctima de esa sustancia poderosa. Sin embargo, al violar la norma, el consumidor de drogas es considerado culpable. Por lo tanto, una persona es víctima (en tanto objeto) y culpable (en tanto sujeto de la trasgresión) de la misma situación.

→ **Modelo Médico Sanitario**

Este segundo modelo, al igual que el anterior, también pone el acento en la sustancia, pero entendida ahora como agente causal de la enfermedad. Se trataba de una persona que estaba sana, y que se enfermó a causa de las drogas. La identificación del agente (la sustancia) ya no se producirá por criterios normativo – morales, sino en función de su toxicidad potencial adictiva. Bajo este modelo se consideran drogas tanto a las ilegales como a las legales, por lo que incluye también como problema el consumo de tabaco, alcohol y medicamentos. La distinción que se hace de las sustancias tiene que ver con sus efectos y se diferencian entonces las drogas blandas de las duras, de acuerdo a su mayor o menor toxicidad. Desde el punto de vista preventivo se aborda el tema desde una perspectiva médico-epidemiológica, analogando la drogadicción con una enfermedad infectocontagiosa, donde la droga es el agente causal, como si fuera un ser vivo capaz de contaminar al sujeto (huésped) en caso de que el contexto lo torne vulnerable. Siguiendo la lógica habitual de prevención de las enfermedades infectocontagiosas, nos remiten a la tríada ecológica constituida por el agente, el huésped y el contexto. Esta perspectiva se hace presente en el imaginario colectivo y se expresa en frases tales como: “El problema son las malas juntas...” o “la manzana podrida...”. Por otra parte, este modelo, al igual que el Ético Jurídico, tiene como eje el estereotipo de demonización o fetichización de la sustancia. En relación con el contexto, lo que interesará determinar son los grados de vulnerabilidad, por lo que se introduce la preocupación por los factores de riesgo y se identifican como poblaciones de riesgo, los niños y jóvenes, por excelencia.

→ **Modelo Psico-Social**

Este modelo es mucho más moderno que los dos anteriores, ya que no pone el acento en las sustancias, sino en el sujeto que la consume. Introduce un ordenamiento distinto en la interacción sustancia-persona-contexto. El eje de la causa del problema es desplazado de las drogas a las personas: el protagonista es ahora el sujeto, es el individuo. Al no poner el acento

en las sustancias, no se distingue entre sustancias lícitas e ilícitas, ni entre drogas blandas y duras. Aquí, lo importante será el tipo de vínculo que una persona establece con la sustancia, cualquiera sea su status legal o farmacológico. Al poner el énfasis en la relación de las personas con las drogas, son considerados los conceptos de uso, abuso y adicción, reconociendo como problema a las dos últimas categorías. Es decir que en el Modelo Psico Social no se considera especialmente si una persona consume cocaína o alcohol, sino que se presta atención a si ese consumo es esporádico, ocasional, reiterado o compulsivo. Al igual que en el modelo anterior, se considera enfermo al consumidor abusivo o compulsivo, pero una persona ya no se enferma por consumir drogas, sino que la enfermedad es previa al consumo: porque estaba enfermo consume drogas. Aquí, entonces, el consumo será leído como síntoma de una enfermedad previa. Recordemos que los dos modelos anteriores consideraban que el consumo se producía por haber entrado en contacto con las drogas; en cambio en este enfoque la causa del consumo es la existencia de conflictos del sujeto con su medio microsocioal, los grupos de pertenencia y de referencia, con especial énfasis en la familia y el grupo de pares. El sujeto corta los canales de comunicación, se aísla y en ese aislamiento expresa su enfermedad a través del consumo de sustancias. La adicción no es la enfermedad, sino la manifestación de un trastorno psíquico. El consumo de drogas será entonces el síntoma de una enfermedad psíquica.

→ **Modelo Socio-Cultural**

Para este modelo, el contexto es el eje del problema y por lo tanto, la lectura se efectúa desde una dimensión macrosocioal. Es en el medio social donde deben buscarse las causales del consumo de sustancias, entendiendo por social a la sociedad toda. Aquí se toman en cuenta las características de la estructura social, señalando los rasgos de la sociedad contemporánea y definiendo como determinantes los factores culturales y socio-económicos. Es la presión ejercida por estos factores sobre el individuo lo que conduce al consumo de drogas, leído éste como forma de evadirse de una realidad que es vivida como insostenible. Nuevamente aquí aparece la caracterización del uso de drogas como síntoma, pero no ya en términos psicopatológicos, sino sociales, como manifestación de las “disfunciones” del sistema. El consumo de sustancias será, entonces, un síntoma social, es síntoma de una sociedad en crisis. No se trataría de enfermos como en el modelo anterior sino de individuos a los que la sociedad no les ha permitido desarrollarse plenamente.

→ **Modelo ético social**

El Fondo de Ayuda Toxicológica de Buenos Aires presentó en 1975 ante la UNESCO el Modelo ético social. Este, no solo toma en cuenta las interrelaciones entre sustancia, sujeto y contexto, sino que desarrolla la inquietud por la existencia y el sentido de la vida. Sus líneas de trabajo se basan en la necesidad de crear proyectos grupales que apelen a la participación activa y a la creatividad. Este enfoque se inscribe en la sociología crítica y plantea llevar procesos históricos que tengan en cuenta la complejidad de los análisis y las distintas significaciones que puede llegar a generar el consumo problemático en la sociedad actual. Esto se va a ver reflejado en el desarrollo y en el acompañamiento para la creación de proyectos de vida como principal herramienta para abordar los vínculos problemáticos con las sustancias.

→ **Modelo multidimensional**

Desde el punto de vista que avala y promueve la Sedronar, es necesario modificar el enfoque tradicional que se centra en los elementos individuales del problema, y en su lugar, adoptar una perspectiva relacional. Es clave destacar las interacciones complejas entre la sustancia, el sujeto y el entorno. Este enfoque fomenta un abordaje interdisciplinario, integral y colectivo, permitiendo construir sentido desde la intersección de estos factores. Basado en el paradigma de la complejidad, se busca abarcar la mayor cantidad de factores involucrados, como el individuo, su contexto social e histórico, sus vínculos y redes, entre otros. Estas variables deben ser consideradas de manera conjunta, no de forma aislada. Entendemos que el consumo problemático es un fenómeno multidimensional, donde interactúan tanto la sustancia como los procesos personales del individuo y la estructura social en la que se desarrolla esa relación, abarcando también aspectos políticos y culturales. Aunque se identifican factores que pueden influir en el consumo, estos deben verse como probabilidades, no como certezas. En esta línea, se concibe la prevención como parte de un proyecto individual dentro de uno colectivo, orientado a que las personas puedan proyectar sus deseos y metas a largo plazo, lo que contribuye a mejorar su autoestima y confianza. Asimismo, se busca revitalizar los espacios comunitarios, fomentando la participación y la creación de redes para generar un sentido de pertenencia y apoyo mutuo. (Sedronar, 2019a)

Estrategias de intervención

Los modelos arriba descritos y analizados orientan las acciones de los profesionales. Para tratar estas cuestiones, los modelos se enlazan con dos estrategias de intervención que, en la actualidad, coexisten en el terreno de la prevención y la atención: por un lado, la estrategia abstencionista-prohibicionista y, por el otro, la de reducción de riesgos y daños. A continuación voy a exponer elementos y características fundamentales de cada estrategia, así como la dirección que marcan en los ámbitos de la asistencia y de la prevención. Para esto nos valdremos de las descripciones realizadas por el Informe del 2015 del Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencias y Delitos de la cámara de diputados de la provincia de Buenos Aires.(Instituto de Investigación Sobre Jóvenes Violencias y Delitos, 2015)

- Estrategia abstencionista-prohibicionista

Esta estrategia se inspira en los modelos ético-jurídico y médico-sanitario. Como en éstos, se pone especial énfasis en el objeto, es decir, en la sustancia psicoactiva como causa del consumo. Por eso mismo, en el ámbito asistencial, lograr la abstinencia es la condición de inicio del tratamiento. La sustancia, por su parte, es un objeto fuertemente prohibido. Esta estrategia se desarrolla en comunidades terapéuticas, sobre todo en las comunidades cerradas que cuentan con determinadas reglas que, si son transgredidas, dan lugar a una sanción.

Desde esta perspectiva, una intervención posible es la reducción de la oferta de droga. Al respecto, podemos citar la normativa que prohíbe la venta de alcohol a menores o restringe su horario de comercialización (prohibir su venta a partir de las 23 horas, por ejemplo). En otras palabras, son intervenciones que apuntan al objeto. Parten del principio de la sustracción de la sustancia como estrategia crucial de intervención. Y en este sentido, la estrategia abstencionista-prohibicionista se relaciona con el control: se concibe que, si se puede sustraer el objeto, se lo puede controlar; y de ahí se deriva la idea de una estrategia para la mejoría de una persona. De esta manera, el abordaje en cuestión condiciona a la persona al futuro logro de la abstinencia. Si a lo largo de un tratamiento una persona consume, se lo plantea como recaída. La recaída se homologa al concepto de “recidiva”, que designa la reaparición de una enfermedad algún tiempo después de transcurrido el padecimiento y su cura. En este sentido, una recaída implica pensar linealmente el consumo problemático como una enfermedad. En esta misma lógica, si la cura es la abstinencia, entonces si el paciente vuelve a consumir, vuelve a enfermarse.

La presente estrategia se asocia eminentemente con el tratamiento a puertas cerradas, que es lo que caracteriza a las referidas comunidades terapéuticas. Por otro lado, se trata de un mecanismo en el que el sujeto tiene poca participación en lo que respecta a las formas y los tiempos del proceso de recuperación.

- Estrategia de reducción de riesgos y daños

En las últimas tres décadas, dos factores clave han propiciado el fortalecimiento de diversas corrientes internacionales orientadas a la reducción de riesgos y daños. Primero, en Europa, se ha observado que los costos sociales, sanitarios y económicos asociados al VIH/SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas superan los daños ocasionados por las sustancias en sí. En segundo lugar, el fracaso de las políticas de tolerancia cero ha generado un costo social, jurídico y sanitario incalculable, evidenciado en la marginalización de la población joven, el aumento de la reclusión carcelaria y el incremento en el consumo y las intoxicaciones, resultantes de las prácticas clandestinas de uso y tráfico de drogas.

En la estrategia de reducción de riesgos y daños, dejar de consumir no es una condición de inicio de tratamiento. Por el contrario, se orienta por el principio de que una persona que consume -que eventualmente no quiere o no puede dejar de consumir- debe ser ayudada por el profesional a disminuir los riesgos que puedan estar vinculados con el consumo.

Estos riesgos pueden ser: de la salud, como la transmisión de enfermedades; sociales, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; legales, como la penalización por la tenencia de estupefacientes.

Esta estrategia hace hincapié en el sujeto, definido como activo y responsable por sus prácticas. Es un sujeto que requiere espacios de escucha y posibilidades para que se pueda preguntar sobre qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo. Al considerar que es un sujeto activo y responsable, debe tener participación en su propio tratamiento y que éste tiene que poder llegar a esa persona, es decir, debe ser accesible. La aceptabilidad tiene anclaje normativo en la actualidad y la accesibilidad, por su parte, es crucial al momento de pensar la atención en salud.

En la estrategia de reducción de riesgos y daños se parte del hecho de que la persona está consumiendo y que está en riesgo. Que hay situaciones a las que se expone y que hay

cosas que no sabe. Y que es posible ayudar a esa persona a esclarecer algunas informaciones sobre su propio consumo, así como también a cuidarse.

En el terreno de la prevención, la reducción de riesgos y daños no se dirige de modo estricto y lineal a la producción de un efecto. En este sentido, no se trata de una lucha o un combate. Tampoco de una comprensión somera de la idea de prevención. Cabe destacar la noción de “prevención inespecífica” como una intervención que apunta a algo más que al no inicio o la supresión del consumo. Se debe tomar también la idea de prevención en tanto promoción: de posibilidades, de sentidos, de transformaciones, de fortalecimiento, de escucha, de activación de recursos y alternativas para resolución de problemas; en fin, de construcción de un proyecto vital.

En resumen, para elaborar una estrategia de intervención efectiva, es esencial comprender los consumos de sustancias en toda su complejidad, considerando las diversas formas de uso, las diferencias entre los tipos de consumo, la trayectoria de vida de las personas y el contexto social. Todo esto debe abordarse con una visión que reconozca la realidad como un entorno complejo, heterogéneo y en constante transformación.

CAPÍTULO 2: Evolución de la Legislación y Normativas Claves en el Abordaje

La evolución de la legislación en materia de consumo de sustancias ha sido un proceso complejo y dinámico, marcado por una serie de cambios y adaptaciones a lo largo del tiempo que ha suscitado debates y posicionamientos diversos por parte de las autoridades y la sociedad civil. A continuación, realizaremos un breve recorrido histórico a fin de desarrollar los lineamientos principales de las leyes que han sido referencia en la materia.

Consideramos que es necesario contextualizar el tema dentro del ámbito jurídico nacional e internacional dado que los contenidos y concepciones que emergen de la legislación vigente revisten una relevancia central en las prácticas que se realizan en los abordajes territoriales de los consumos problemáticos. Las distintas representaciones sociales que han logrado posicionarse en un lugar de hegemonía han derivado en distintas respuestas institucionales, que se pueden ver expresadas en la legislación sobre el tema.

Evolución legislativa y su impacto en el abordaje:

A partir de la segunda mitad del siglo XX es que se incluyó en la agenda política “el problema de la droga” a raíz de una creciente preocupación general en distintos gobiernos. Es entonces en estos últimos cincuenta años que el uso de ciertas drogas ha empezado a generar un grado de alarma en la sociedad lo suficientemente alto como para que entre en agenda esta problemática. Es importante destacar que en distintos países a lo largo del mundo ya se trabajaba y se abordaba de distintas maneras pero no era un tema que estuviera en la agenda central a nivel global como pasó a ser a partir de la década de 1960. Podemos pensar en la experiencia de la llamada “Ley Seca” en los Estados Unidos e inclusive en nuestro país se encuentran antecedentes de medidas en la década de 1920 contra la tenencia ilegítima de drogas apuntando a los usuarios como “contagiosos-viciosos” (Corda, 2015: 2).

A través de distintos acuerdos, tratados y convenios internacionales se instaló predominantemente el discurso prohibicionista y un paradigma punitivo, que se centra en la sustancia y define a los usuarios como delincuentes lo que establece un fuerte vínculo entre el consumo y la criminalidad. Estas medidas se englobaron en lo que se denominó la “Guerra

contra las Drogas” lógica que surgió en los Estados Unidos bajo la presidencia de Nixon y luego marcó una tendencia internacional.

Podemos destacar los siguientes instrumentos que constituyen el marco jurídico internacional de fiscalización de estupefacientes y sustancias:

En primer lugar la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. La cual consolida los acuerdos internacionales existentes sobre control de estupefacientes y establece un marco global para la fiscalización de drogas. Es aquí cuando se denomina a los “estupefacientes” y se los ordena en el Listado 1, que incluye a la cocaína, la marihuana, el opio entre otras. En 1972 se modificó para reforzar la obligación de los estados de proporcionar tratamientos de rehabilitación a personas con dependencia a las sustancias.

En segundo lugar el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971. Se regula el uso de sustancias psicotrópicas (incluyendo estimulantes, sedantes y alucinógenos) como el LSD, las anfetaminas y los barbitúricos y se los cataloga dentro del Listado 1.

Y por último la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y de Sustancias Psicotrópicas de 1988. Cuyo objetivo se basó en fortalecer las medidas internacionales contra el tráfico ilícito de drogas, especialmente en relación con el crimen organizado y el lavado de dinero.

Estas convenciones internacionales tienen como objetivo limitar el uso de sustancias psicoactivas únicamente a fines médicos y científicos. Para ello establecen regulaciones específicas para diversas actividades, tales como el cultivo, la producción, la fabricación, la extracción, la distribución, la venta, la importación y la exportación de sustancias y precursores químicos. Cada convención determina las sustancias que deben fiscalizarse y el nivel de control que cada una de ellas debe tener, por medio de un sistema de listas de denominación de las sustancias.(Sedronar, 2019. p.49)

La política pública nacional en lo referido a los consumos de sustancias se sustenta en el marco normativo internacional recién mencionado. Junto con esto nos resulta fundamental recordar que a nivel internacional el marco normativo está delimitado por los tratados internacionales de los derechos humanos que a partir de la reforma constitucional del año 1994 poseen jerarquía constitucional.

En el plano nacional podemos tomar como punto de partida cuando se ratificó mediante un decreto en 1963 la Convención Única de Estupefacientes de 1961 nombrada anteriormente. Con esta medida se adoptaron los listados que clasificaban a los distintos tipos de estupefacientes y asuntos administrativos que fueron regulados recién en 1968, a través de la Ley n.º 17.818, conocida como la ley de estupefacientes. En ese mismo año se reformó el Código Civil, donde se dio la posibilidad de que fueran internados los toxicómanos, como se les denominaba a los usuarios de sustancias, y de restringir su capacidad legal siempre y cuando lo dispusiera un médico oficial.

En el año 1971 se crearon el Servicio de Toxicomanía del Hospital Borda y el Centro de Prevención de la Toxicomanía de la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA, y en 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), primera institución especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de estas sustancias. Incluso surgieron por esos años las primeras comunidades que ofrecían tratamiento residencial en forma alternativa a la internación, formadas por usuarios y frecuentemente ligadas a iglesias evangélicas. (Corda, 2015:87)

Podemos nombrar aquí por ejemplo a la ONG “Programa Andrés” fundada por Carlos Novelli, en el año 1973. Esta es una de las primeras en el país en abordar la problemática desde las llamadas comunidades terapéuticas.

Luego de la muerte del presidente Perón en el año 1974 el ministro de Bienestar Social, Lopez Rega, sanciona La ley 20.771 que “reprimía con prisión de 1 a 6 años la tenencia de estupefacientes, incluida la destinada para uso personal; además introdujo la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependientes. En 1978 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el caso “Colavini” ratificó la constitucionalidad de este delito reproduciendo muchas de las concepciones referidas sobre los usuarios” (Corda, 2015). Es en este momento también que se crea en la Policía Federal el Departamento de toxicomanía con aportes en infraestructura brindados por Los Estados Unidos, desde donde llegaron los lineamientos y también se capacitaba a los que integrarían estas divisiones.

Con el retorno a la democracia tiene lugar en el año 1986 el fallo “Bazterrica” de la Corte Suprema de Justicia, en el cual se declara inconstitucional la punición a la tenencia de sustancias para consumo personal que se había declarado en la ley 20.771 del 74. Esto formó

parte de un momento en el que se trataba de reforzar las garantías ciudadanas que habían sido violadas durante la última dictadura.

Este movimiento no prosperó mucho ya que en los años siguientes y sobre todo en la década de 1990 se rectificó la matriz punitiva sobre la tenencia para consumo personal. En el año 1989 el gobierno de Menem creó mediante el Decreto N° 271/89 la Secretaría de programación para la prevención de la Drogadicción y la lucha contra el narcotráfico (SEDRONAR) que dependía del poder ejecutivo. Esta asumió en un primer momento la competencia de coordinar y ejecutar políticas nacionales de lucha contra las adicciones y planificar las actividades concernientes al registro, análisis técnico y control del uso de precursores químicos. Es decir, se encontraban bajo su competencia la programación e implementación de políticas de estado referidas a lo penal y a lo sanitario. Dependían de una misma secretaría del ejecutivo las diferentes estrategias para abordar objetivos tan dispares como la persecución al narcotráfico y, la prevención y atención sanitaria a usuarios de drogas.

También en ese año se sancionó la Ley nacional N° 23.737, conocida como “ley de drogas”. Esta ley tuvo (y tiene, ya que sigue vigente) entre sus principales efectos prácticos la concentración de las sanciones punitivas en el polo de la demanda de las sustancias, no así en el de la oferta. Esto quiere decir que las prácticas de persecución, criminalización e inicio de causas penales se centraron en los usuarios de sustancias y no en los sujetos y organizaciones encargados de la venta y el tráfico ilícito.

En base a esta recapitulación de normativas sancionadas durante el siglo XX es posible pensar que tomó cuerpo una matriz “prohibicionista-abstencionista” que se expresó a través de respuestas positivistas que tuvieron como principales destinatarios a los usuarios de drogas (Corda, 2015).

Con la llegada del nuevo siglo podemos decir que se empezó a complejizar el debate acerca de si el paradigma prohibicionista heredado del siglo pasado con su llamada “ guerra contra las drogas” realmente era efectivo a la hora de presentar soluciones a esta problemática. Teniendo en cuenta los saldos negativos en la región como el aumento de la violencia, la expansión del consumo de sustancias ilegales, la refinación de drogas más concentradas para facilitar su comercialización y la militarización de los grupos dedicados al narcotráfico. Se empieza a entrever el fracaso de este paradigma, y surgen nuevas discusiones con el fin de buscar nuevas variantes. Ya desde la década de 1990, a partir de la epidemia del

virus de inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA) que se vinculaba con los consumidores de drogas por vía intravenosa. Se plantea la estrategia donde su objetivo central es reducir o disminuir los daños y riesgos asociados al consumo de drogas. En el plano internacional, algunas experiencias de países como las de Países Bajos, Suiza o Portugal han implementado políticas de despenalización de la posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal, priorizando el tratamiento y la reducción de daños por sobre la criminalización. La evidencia de lo ocurrido en Europa ha sido relevante en las discusiones sobre políticas de drogas en América Latina, influyendo en la revisión de normativas que tienden a humanizar el enfoque sobre el consumo

Argentina no fue ajena a los debates internacionales sobre políticas de drogas. En 2007, bajo el primer mandato de Cristina Fernández de Kirchner, el Ministerio del Interior impulsó una serie de iniciativas con el objetivo de modificar la política en esta área. Entre las medidas más destacadas se encuentra la creación del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, que se estableció a principios de 2008 para abordar estos desafíos (Llovera y Scialla 2017). Podemos pensar que en el poder ejecutivo en ese momento se cristaliza este debate a nivel interno de la gestión con posturas opuestas dentro de la misma gestión. La divergencia de opiniones respecto a la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal se manifestó dentro del propio Poder Ejecutivo Nacional. Esto se evidenció en el debate público entre Aníbal Fernández, quien ocupó los cargos de Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos y luego Jefe de Gabinete, y Ramón Granero, quien fue titular de la Sedronar hasta finales de 2011. (Touzé et al., 2012).

Por su parte el poder judicial si tomaba una postura clara y contundente al declarar el fallo “Arriola”, en 2009. En este La Corte abordó los casos de cinco individuos que fueron sorprendidos al salir de una vivienda bajo vigilancia por comercio de sustancias. Estos fueron detenidos por la policía a escasa distancia del lugar, encontrándose entre sus pertenencias aproximadamente tres cigarrillos de marihuana. A la hora del dictamen la Corte retomó los fundamentos del fallo Bazterrica y declaró de manera unánime la inconstitucionalidad del conocido artículo, al considerar que este afectaba el derecho a la intimidad amparado por el artículo 19 de la Constitución Nacional. Los jueces determinaron que el derecho a la intimidad debía prevalecer, aunque impusieron ciertos límites a dicha protección constitucional en relación con el impacto de esa conducta en terceras personas. (Touzé 2010).

Se puede traducir, que de alguna forma el fallo es un pedido de la corte al ejecutivo nacional, instándole a que sea más eficaz en las políticas de drogas y para que promueva las reformas en el sistema que consideraban necesarias en ese momento.

El fallo Arriola, desplazó a los poseedores de drogas para consumo personal de la esfera penal y ubicó al uso de drogas como un problema a resolver en el ámbito sanitario. Impulsó el reconocimiento de los derechos de los usuarios de drogas que luego se expresó más específicamente en la Ley N°26.657 de Salud Mental, promulgada en diciembre del año 2010 y reglamentada en el año 2013

La Ley de Salud Mental N° 26.657

La promulgación de esta ley marcó un antes y después en la forma de pensar la salud mental ya que esta “reviste el carácter de emblema de un cambio de paradigma a nivel nacional, que implica el pasaje de una concepción de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental de objeto de asistencia a sujetos de derechos”. (Llovera y Scialla 2017 p.88).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 propone una reforma en la atención de las personas con padecimiento mental, que se basa en la concreción de los derechos humanos y la inclusión social. Desde una concepción amplia de la salud mental y con perspectiva de derechos humanos, se promueve a un progresivo proceso de desmanicomialización. Los hospitales psiquiátricos se sustituirán por servicios comunitarios, y las internaciones por salud mental se realizarán únicamente en hospitales generales sólo en situaciones de excepción. Esta ley reconoce la autonomía de las personas con padecimiento mental y su capacidad para decidir sobre lo que desean así como participar de los procesos de tratamiento y abordaje.

En cuanto a los consumos problemáticos de sustancias en particular a partir de la sanción de la ley se oficializa que “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.” (Ley N°26.675 artículo N°4). Esto es muy relevante ya que incluye a esta problemática dentro del campo de la salud mental, por lo tanto dentro de las políticas públicas que lo abordan y su atención en los servicios de salud, lo que llevó a

revisar las intervenciones profesionales para lograr para generar prácticas inclusivas enmarcadas en la perspectiva de derechos humanos.

La ley marca un cambio de rumbo, un pasaje, de una etapa a otra y en particular de un modelo a otro. Este pasaje se puede observar una serie de aspectos que a raíz de la ley y sus implicaciones se distancian del modelo médico hegemónico de la salud, estos son 6 que enumeran desde el escrito de la Sedronar sobre el Modelo de Abordaje Comunitario (Sedronar, 2019b).

El primero de ellos es el “reconocimiento de la capacidad” jurídica de las personas con padecimiento mental y considerarlas en igual condiciones que las demás personas. A partir de esto pone fin a la asociación entre trastornos mentales e incapacidad, promueve la capacidad de derecho y la capacidad de ejercicio de las personas con padecimiento mental.

El segundo es la “ruptura con la lógica manicomial”, que ha sido por años la respuesta a los padecimientos mentales perpetuando el estigma y la exclusión de estos grupos poblacionales. Establece como prioritario el abordaje comunitario y promoviendo la necesidad de que las políticas públicas destinadas a la población fortalezcan los lazos afectivos en las propias comunidades de las personas usuarias del sistema.

El tercer aspecto es el del “abordaje integral e interdisciplinario”, La ley define la problemática de salud mental desde un enfoque complejo, entender la salud mental desde esta complejidad implica generar estrategias de abordaje integrales y basadas en la protección de derechos. Este punto contribuye a pasar de la dirección de las disciplinas hegemónicas en la dirección de los tratamientos para dar paso a metodologías de intervención y acompañamiento basadas en la interdisciplina y la intersectorialidad, en las cuales se corresponsabilizar a todos los integrantes del equipo de salud respecto de las decisiones terapéuticas, involucran a otros actores de la comunidad y áreas del Estado que trascienden el ámbito de salud. Esto se traduce en la propuesta de participación de otras áreas que también influyen en la temática como la educación, la vivienda, el empleo.

El cuarto es “el pasaje del peligro al riesgo”, que implica un cambio en la concepción del sujeto, pasando de ser un peligro para el resto a una persona que está en riesgo. El riesgo denota la posición de sufrimiento de las personas con padecimiento mental, se ubica el lugar de sujeto expuesto a riesgos y daños de su integridad física y psíquica. De este modo, los

abordajes ya no sostienen prácticas de encierro del peligroso, sino de cuidado del sujeto y su entorno, realizando intervenciones en su propio territorio, su comunidad.

El quinto aspecto que podemos nombrar donde se distingue la ley es en cambio “del ámbito penal a la salud”, esta al abordar la problemática como parte integrante de las políticas de salud mental, promueve el acceso al sistema de salud de las personas con consumos problemáticos de sustancias, como una herramienta restitutiva de derechos. A diferencia de la lógica punitiva donde desde donde se asociaba al usuario de drogas directamente a transgresor de la ley y donde además se reducía las adicciones únicamente a las sustancias ilegales. Con la nueva ley se aclara que no se hace distinción entre sustancias lícitas o ilícitas y además se corre el foco de la sustancia para ponerlo en la persona lo que lleva a reflexionar y abordar el vínculo que tiene esta persona con el objeto de consumo sea cual fuere.

Por último es “el pasaje a la lógica de la reducción de daños”. La reducción de riesgos y daños es una estrategia de abordaje que ya describí en el capítulo anterior pero es pertinente que se sume a la lista de aspectos que a partir de la ley se distancian y diferencian del modelo médico hegemónico.

Últimas reformas

En consonancia con las reformas normativas que venimos relatando se fueron desarrollando avances institucionales relacionados con la necesidad de separar las competencias penales de las sanitarias, a fines prácticos, diferenciar las cuestiones vinculadas al narcotráfico de las relativas al consumo de drogas. esto se llevó a cabo en un principio mediante el Decreto No 48/2014 permitió separar el paradigma represivo-penal del paradigma sanitario. Así, la Sedronar conservó la competencia sanitaria mientras que la represiva se colocó bajo la órbita del Ministerio de Seguridad de la Nación. De todas maneras no sería hasta el año 2017 con el con el decreto N°33/2017 modificadorio del Decreto N° 271/1989 que se crearía lo que hoy es actualmente La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, anteriormente llamada Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de ahí la sigla SEDRONAR. Esta siglas se continúan utilizando ya que como explica el decreto “el acrónimo Sedronar por gozar de una profunda raigambre en el uso social de nuestro país y de reconocimiento internacional”(decreto N°33/2017).

Otra de las normativas que se incorporaron en los abordajes integrales de los consumos problemáticos durante este último periodo es la Ley No 26.485/2009 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en los que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Los abordajes en materia de drogas deben necesariamente contar con perspectiva de género y sus desarrollos han de estar encuadrados en este marco normativo. Podemos mencionar en este punto lo que se conoce como “doble estigmatización”, que es lo que sufren las mujeres que tienen vínculos problemáticos con las sustancias. Este doble estigma que enfrentan estas mujeres se refiere a la discriminación y los prejuicios que sufren por dos razones: por su condición de mujeres y por su dependencia a sustancias. Este fenómeno las coloca en una situación de vulnerabilidad aún mayor que la de los hombres adictos, ya que las normas de género tradicionales dictan que las mujeres deben ser cuidadoras, responsables. Incluso a la hora de hablar de maternar es un estigma que llevan, que le cierra la posibilidad de asistencia y acompañamiento en favor de intervenir sobre la niñez

Una de las últimas normativas en consonancia con discursos orientados a la reducción de daños podemos destacar a el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (o Plan IACOP), sancionado como Ley N°26.934 en el año 2014. Uno de los aportes principales que aporta el Plan IACOP es la concepción que realiza de los consumos problemáticos (que ya hemos utilizado en el primer capítulo), que van en consonancia con las ideas rectoras de la Ley de salud mental.

Este plan tiene dentro de sus objetivos:

- “Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático”
- “ Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático”(Ley No 26.934/2014, artículo N°3)

Esta normativa es muy importante porque va a orientar todas las acciones del Estado en materia de consumos problemáticos hacia una dirección clara, que tiene que ver con una asistencia pública y gratuita que integre y ampare. Más adelante en el artículo N°5 va a caracterizar aún más esas acciones, aquí se va a dar lugar a los espacios que son donde vamos a realizar esta investigación.

Créanse los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, que serán distribuidos en el territorio nacional por disposición de la autoridad de aplicación, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social. Su objetivo será promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad (Ley N° 26.934/2014, artículo N°5).

Consideramos que entre otras cosas, es desde esta iniciativa que nacen los espacios que van a trabajar bajo el modelo de abordaje integral y territorial y que se favorece este tipo de intervenciones.

Por último y para no olvidarnos de nombrarla en 2017 se sancionó la Ley No 27.350 Investigación Médica y Científica de Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados. Sus puntos clave son: la promoción de la investigación que autoriza y fomenta la investigación científica y médica en torno a la planta de cannabis, con énfasis en sus usos terapéuticos y medicinales. El Registro Nacional implica crear un registro de pacientes que necesitan acceder al aceite de cannabis y otros derivados para su tratamiento, permitiendo el suministro bajo prescripción médica. En cuanto a la producción y distribución, autoriza la producción estatal de cannabis medicinal a través del CONICET y el INTA para garantizar el acceso a quienes lo necesitan. Y Asegura el acceso gratuito a los derivados del cannabis a través del sistema de salud pública para aquellos pacientes que lo requieran para su tratamiento. Esta tiene una significación importante ya que abre un espacio para la discusión sobre la necesidad de políticas más progresistas en cuanto a la regulación del cannabis en general. En algunos casos, los avances en el uso medicinal han sido precursores de debates sobre la legalización o despenalización en otros países.

En conclusión, se puede afirmar que este modelo de abordaje integral y territorial surge del fortalecimiento y la reorganización de las políticas públicas impulsadas por los cambios normativos recientes que han promovido nuevas prácticas en este ámbito. Este desarrollo es parte de las fluctuaciones inherentes a las políticas en torno a la problemática del consumo, así como del discurso con el cual se la interpreta. Un claro ejemplo de esta dinámica lo constituye la reciente modificación de varios artículos de la Ley de Salud Mental, aprobada casi quince años atrás. Dichas modificaciones no sólo pueden atribuirse a un retroceso impulsado por corrientes conservadoras y neoliberales, sino que también responden a las demandas legítimas de personas y familias que han solicitado una mayor cobertura asistencial, la cual no ha sido plenamente alcanzada. Entre las modificaciones más relevantes

se encuentra la autorización judicial para facilitar la hospitalización involuntaria en determinados casos y la eliminación de la prohibición de crear nuevos establecimientos neuropsiquiátricos. Madres de usuarios de drogas que no obtienen soluciones en momentos de urgencia o situaciones límites, proponen que se revise el artículo N°20 de esta ley. En estos casos se ponen en tensión las distancias entre lo planteado por la ley y posibilidad de operativizar, este reclamo o cuestionamiento se torna válido frente a una realidad que sobrepasa la capacidad de respuesta del Estado. Aunque este debate es reciente y sus implicancias aún no se han manifestado completamente, es un claro ejemplo de cómo las decisiones políticas, orientadas por los modelos y enfoques adoptados, determinarán el rumbo de las normativas y la legislación y por consiguiente el de las políticas públicas en este ámbito.

CAPÍTULO 3: El Modelo de Abordaje Integral y Comunitario

En este capítulo desarrollaremos las características principales del modelo de abordaje integral y comunitario, también llamado modelo de abordaje integral territorial.

Este tipo de abordaje surge como una respuesta novedosa frente a la ineficacia de los modelos preventivos y asistenciales que se habían desarrollado por parte del Estado o de la sociedad civil hasta ese entonces. Al no lograr abordar efectivamente a la población que presentaba una demanda de asistencia en cuanto a consumos problemáticos, ni en calidad ni en cantidad, este nuevo modelo toma forma para ocupar espacios que estaban precisando una intervención enfocada en la población y su contexto.

El modelo de abordaje integral y comunitario, basado en un enfoque relacional, integral y multidimensional, coloca a las personas en el centro, considerando tanto sus historias individuales como colectivas. Desde una perspectiva de derechos humanos, el consumo problemático se analiza en relación con el entorno económico, político y cultural en el que se desarrolla. (Sedronar, 2023 p.52).

Este enfoque, a diferencia de otras modalidades de acompañamiento y tratamiento que hacen foco en el individuo aislado, tiene la potencialidad de concretar estrategias de intervención y transformación colectivas en el marco de una comunidad. Se centra en el fortalecimiento de lo singular y lo colectivo, la formación de redes, la promoción de la conciencia crítica y reflexiva y el ejercicio de los derechos. Desde esta perspectiva se considera que la toma de decisiones debe realizarse de modo colaborativo y redefine el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad.

Las autoras Ana Clara Camarotti y Ana Lía Kornblit, plantean en su artículo “Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo” que este tipo de abordaje que ellas desarrollan, “puede definirse como la estrategia de intervención que tiene como protagonista a la comunidad en la búsqueda de soluciones relacionadas con el uso problemático de drogas” (2015 p.213).

Contrario a lo que Menendez (1988) desarrolló como Modelo Médico Hegemónico (MMH), caracterizado principalmente por ciertos rasgos estructurales como biologismo,

individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, entre otros. Este modelo, por su parte, propone tomar en consideración la mirada médica como una de las variables entre muchas otras y busca fortalecer el paradigma que ha surgido desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud, integrando estas perspectivas, pero poniendo un énfasis particular en el trabajo centrado en la dimensión comunitaria. Según este modelo, la salud es concebida como un recurso para vivir, en lugar de ser el fin último de la vida: es una visión positiva que destaca los recursos sociales y personales, y no se limita únicamente a las condiciones físicas.

Retomando nuevamente a las autoras, una consideración fundamental a tener en cuenta es el concepto de modelo, que ellas proponen.

Utilizamos el concepto de modelo porque lo entendemos como un instrumento metodológico, cuya utilidad es la interpretación de las prácticas. Los modelos suponen un alto nivel de abstracción, y sólo deben considerarse como referencias teóricas de situaciones concretas, históricamente determinadas. Al hablar de modelo se parte de un nivel explicativo amplio que luego debe articularse entre la descripción y el análisis de situaciones específicas. (Camarotti, Kornblit 2015. p.215)

Por último, desde la Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) de la Sedronar se establece un lineamiento general que se rige por un conjunto de principios rectores o pautas generales que guían la intervención en territorio. Estos ocho principios que guían el abordaje territorial son: universalidad de los derechos, integralidad, reducción de vulnerabilidades, trabajo en red e intersectorialidad, accesibilidad y bajo umbral, participación social y comunitaria, perspectiva de género y enfoque intercultural.

A continuación se procederá a un análisis detallado de tres dimensiones que consideramos fundamentales para realizar una aproximación a esta nueva modalidad de abordaje. Estas dimensiones son: lo “*integral*”, lo “*territorial*” y lo “*comunitario*”. El objetivo es desarrollar cada uno de estos componentes para proporcionar una comprensión clara y fundamentada, que permita orientar la intervención profesional dentro de este enfoque.

La dimensión “integral”

Los vínculos problemáticos que las personas entablan con las sustancias han sido analizados por enfoques que poseen como característica común, la visión segmentada de la situación. Esto lo podemos ver en algunas de las respuestas que se han dado a lo largo de la historia frente a este problema, por ejemplo en el hecho de solo hacer foco en la sustancia y en lograr la abstinencia total del consumo quedando por fuera otros tantos aspectos importantes. Es por esto que el enfoque integral considera al consumo de sustancias como un hecho complejo que debe abordarse teniendo en cuenta el contexto social en que se da. Esto exige respuestas innovadoras y flexibles que incorporen una visión interdisciplinaria y transdisciplinaria que pueda abarcar las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico.

Para pensar los consumos problemáticos de sustancias desde una perspectiva integral debemos comprender que los significados asociados a las sustancias van más allá de sus propiedades farmacológicas y los cambios físicos que puedan llegar a generar en el cuerpo. Están determinados también por cómo la sociedad los define, la estructura socioeconómica y de los aspectos psicológicos y culturales de los usuarios. Además intentar encontrar los desencadenantes de estos vínculos problemáticos por fuera de las explicaciones más comunes y sumar factores como, procesos de urbanización sin una planificación, los sentidos y significados que los sujetos y las sociedades le otorgan al consumo de drogas, es decir, el lugar que estas prácticas tienen en la historia de los grupos sociales y el modo en que se imbrican con los afectos, las emociones y las experiencias dolor. (Camarotti, Kornblit 2015. p.216)

La dimensión “territorial”

El territorio es el espacio donde se forjan tanto la identidad como el sentido de pertenencia, contribuyendo a la cohesión social. Además, refleja la carga simbólica del lugar como escenario de ejercicio de poder. De esta manera, surge la idea de territorialidad, entendida como un espacio apropiado por un grupo social específico. El territorio se vincula a la noción de lugar como una construcción que emerge de relaciones recíprocas e intercambios. A su vez, es en el territorio donde la identidad se construye, a partir de la creación de un conjunto de valores que los sujetos comparten y transmiten dentro de su comunidad.(Carballeda 2012. p.9)

El territorio es en definitiva el espacio habitado, donde la historia dialoga con el presente y permite a partir de reminiscencias de ésta también construir una idea de futuro o incertidumbre. Allí el territorio se transforma en un “lugar” delimitado desde lo real, lo imaginario y lo simbólico.(Carballeda 2012.p10)

Para poder pensar en lo territorial es necesario reflexionar sobre el propio concepto de territorio. Se trata de un término polisémico que se utiliza en diversos casos y la mayoría de las veces de forma bastante ambigua y con un sentido incierto. A lo largo de la historia este concepto fue utilizado por la geografía y luego se ha ido adoptando por distintas disciplinas de las ciencias sociales. Actualmente no existe un consenso general sobre cómo abordarlo. La RAE lo define como “Porción de la superficie terrestre perteneciente a una nación, región, provincia, etc.”(RAE 2024), es decir, un espacio geográfico habitado sobre el que se ejerce cierta soberanía. Esta perspectiva pertenece a la geografía clásica y hace referencia al territorio como una parte de la corteza terrestre con sus condiciones naturales únicamente, una descripción meramente material de esa porción de suelo.

Luego, con la perspectiva crítica, se plantea una noción que pretendía superar la concepción estrictamente física y racional sobre el espacio físico y poder pensarla ligada a relaciones de poder y dominación. “es ante todo el escenario constituido por y a la vez constituyente de relaciones sociales”(Sedronar, 2023 p.42). La mencionada anteriormente es otra definición que podemos sumar en este sentido es la de “el territorios es un concepto que supone la articulación entre estructura espacial y estructura social.” (De angelo 2019 p.85) Puede decirse entonces que el territorio expresa el ensamble de ambas estructuras. También de la misma autora podemos añadir que “expresa intereses en conflicto por parte de distintos sectores sociales y son los habitantes, entre otros factores intervinientes, quienes “hacen” y modelan cotidianamente y a lo largo del tiempo los territorios que habitan.”(De angelo 2019 p.86).

Podemos sumar la definición de la Sedronar que plantea:

el territorio se comprende como una arena de disputa, un espacio donde se ejerce un poder ya sea político, económico o simbólico; también puede ser entendido como un interjuego de relaciones y vínculos, un espacio-tiempo definido por coordenadas simbólicas que portan representaciones sociales particulares sobre los sujetos, sus lazos y las problemáticas vividas, entre otras, que dan lugar a diversas comunidades.(Sedronar, 2019a. p.74)

Retomaremos a continuación tres características básicas que plantea al manual de conceptos de la Sedronar sobre el territorio, que son:

- Heterogeneidad: tanto de los aspectos físicos como de los socioculturales, que se encuentran relacionados entre sí. El territorio es un espacio que se caracteriza por la alta complejidad de las relaciones entre los elementos y sujetos que lo constituyen.
- Dinamismo: se encuentra en constante transformación debido a la permanente interacción entre sus actores. El territorio, por un lado, es transformado por las comunidades que lo habitan y, a la vez, estas comunidades son transformadas por las modificaciones que suceden en el espacio.
- Multitemporalidad: el territorio está atravesado por las historias que la comunidad construye (el pasado), por los modos en que se articulan las relaciones sociales en el presente y por las expectativas que sobre él recaen en relación al porvenir, al futuro.

Retomando la característica de la heterogeneidad nombrada anteriormente, la población objetivo de estos espacios es la que vive en determinados territorios. Estos son los habitados por los sectores populares, los barrios marginales, caracterizados por la precariedad y la desigualdad, que hoy presentan una necesidad de espacios de primer nivel que puedan hacerse cargo específicamente de las demandas sobre esta problemática.

De esta forma, realizar un abordaje territorial implica conocer ese territorio, sus límites y los actores y los dispositivos que participan en su definición. Comprender que no es un simple contenedor pasivo de los procesos sociales, y requiere un abordaje que refleje su complejidad.

Lo “comunitario”

Trabajar con la comunidad , “hacerla parte”, es uno de los lineamientos generales de este modelo y su rasgo característico. Nos referimos a hacer parte del abordaje de la problemática social a las y los usuarios y a sus referentes afectivos y comunitarios. La participación social y comunitaria se vuelve esencial a la hora de establecer los diagnósticos y las estrategias en cada comunidad, ya que permite conocer el carácter singular y las particularidades que cada contexto presenta.

Las acciones desarrolladas por los dispositivos territoriales deben orientarse hacia el fortalecimiento, la reconstrucción y resignificación de los lazos sociales, elementos esenciales para garantizar la participación activa y la corresponsabilidad en la elaboración de estrategias colectivas. Estas acciones buscan responder a problemáticas que atraviesan a la comunidad en su conjunto. Las comunidades están compuestas por redes que se consolidan con el tiempo y la interacción social, las cuales pueden ser aprovechadas para implementar las estrategias de intervención. Sin embargo, cuando estas redes no son suficientes o no cumplen con las necesidades del contexto, los equipos de intervención deben generar nuevas vías de interacción y apoyo que sean fundamentales para llevar a cabo su tarea. Este proceso implica una construcción colaborativa que refuerza el tejido comunitario y facilita el abordaje de las problemáticas de manera más eficaz., “Las redes son recursos de la comunidad que es necesario que quienes trabajan en territorio visibilicen y fortalezcan para acompañar las trayectorias individuales y colectivas, promover las acciones tendientes a la restitución de derechos” (Sedronar 2019a, p. 74)

Los dispositivos que trabajan bajo este modelo son de “Bajo Umbral”, es decir que están diseñados para ser de fácil accesibilidad y flexibilidad. , con el fin de reducir las barreras de acceso para las personas que consumen sustancias. Ofician como una puerta de entrada, un medio para que la persona pueda tomar contacto con el equipo interdisciplinario. Pero además de eso es una característica de estos que la persona genere nuevos lazos dentro de su comunidad, con los que comparta intereses y pueda generar un nuevos grupos y nuevos vínculos.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de comunidad?. “La comunidad no es entendida desde una concepción romántica, como sinónimo de armonía, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado por la diversidad, el conflicto, las tensiones y la solidaridad.”. (Camarotti y Kornblit 2015 p.213). De igual modo que sucede con el concepto de territorio, actualmente no hay una definición consensuada sobre qué es la comunidad, el concepto fue mutando a lo largo del tiempo. Con el advenimiento de la posmodernidad y el desgaste de los lazos sociales más tradicionales, la fragmentación de las relaciones sociales, los vínculos colectivos y las redes de apoyo comunitario en las sociedades contemporáneas, especialmente en el contexto de las economías globalizadas y tecnológicamente avanzadas es difícil hablar de comunidad en el sentido tradicional. Optamos por llamar comunidad a los grupos que deciden nuclearse alrededor de un barrio,

una región, una nación, una institución; alrededor de creencias religiosas, de estilos de vida etc.

Podemos nombrar 4 características que son particulares de una comunidad: la primera se trata de “singularidad” que plantea que los sujetos que forman parte de una comunidad comparten (adhieran o no a ellas) ciertas normas o “pautas de convivencia”, vinculada a la historia del colectivo. La segunda es la heterogeneidad, que implica que hacia el interior mismo de cada comunidad existe una gran variedad de formas de vivir, de sistemas de creencias, de perspectivas desde las cuales se construyen los problemas y las respuestas, de relatos en torno de su propia historia y expectativas sobre lo que desean para el futuro. En tercer lugar lo que se llama sentido de pertenencia que es eso que más allá de la tensión entre las particularidades de una comunidad y la heterogeneidad hacia el interior de la misma quienes forman parte de ella toman posicionamientos y se comprometen con la construcción y deconstrucción de ciertas normas de vida que tiene la comunidad. Y por último la cotidianidad, que implica que las relaciones comunitarias suelen articularse a partir de interacciones cotidianas entre los distintos actores que la constituyen. esta forma de interactuar de manera inmediata, con sus formas particulares en cada caso pero con las esencia de lo inmediato. (Sedronar 2023)

El modelo y sus aplicaciones a nivel municipal, provincial y nacional

El modelo de abordaje territorial presenta diversas experiencias a lo largo del país y, como se mencionó inicialmente, se encuentra en proceso de consolidación, dado que los espacios más consolidados tienen aproximadamente una década de existencia. En este estudio, nos centraremos en la ciudad de Rosario y sus alrededores, donde se observan políticas públicas implementadas desde los tres niveles de gobierno. A nivel nacional podemos encontrar los dispositivos que funcionan con convenios de la Sedronar a través de los programas de Casas de Asistencia y Acompañamiento comunitario (CAAC) y a través de los Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC). En los últimos años se consolidó una red federal de centros de atención y acompañamiento por consumos de sustancias orientados a la prevención, promoción y asistencia, que poseen modalidades de intervención concebidas según las distintas necesidades de las personas y de sus comunidades. En estos nos enfocamos en esta investigación.

A nivel provincial se encuentra en funcionamiento la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones, (APRECOD) creada en el año 2016. Las acciones de la agencia se encuentran enmarcadas en lo dispuesto por el Decreto N° 0073/23; mediante el cual se le asigna a la Agencia rango de Secretaría, contando con una Dirección Provincial de Prevención y Monitoreo Territorial y de una Dirección Provincial de Abordaje Terapéutico. Tiene como objetivo asistir a todos los ciudadanos de la provincia de Santa Fe, mediante la prevención, atención y contención en relación al uso problemático de sustancias y a los comportamientos adictivos, garantizando la calidad y efectividad de cada intervención, con la reinserción social como eje transversal.

En la actualidad, las principales estrategias implementadas se enfocan en programas de prevención, los cuales incluyen la realización de actividades educativas como charlas y la instalación de stands informativos en diversos eventos abiertos a la comunidad. Estas acciones se desarrollan tanto en organizaciones estatales (como los centros de salud y los Centros Cuidar) como en organizaciones de la sociedad civil. Además, una de las principales vías de intervención se manifiesta a través de convenios que permiten el financiamiento de organizaciones no gubernamentales, que ya llevan a cabo labores en los territorios, brindándoles apoyo económico y logístico para fortalecer su trabajo comunitario.

A nivel municipal, en la ciudad de Rosario podemos nombrar a la Agencia de Prevención y Abordajes de Consumos Problemáticos o también llamada “La Agencia Local” para diferenciarla de la provincial. Esta Agencia fue creada en el año 2023 y tiene muy poco tiempo de funcionamiento pero es fruto de experiencias que ya venían construyéndose y que hoy siguen funcionando y se acoplan a esta agencia local. Un ejemplo de esto es el caso del dispositivo conocido como “La Estación” como parte de un programa de prevención llevado a cabo por la municipalidad. Hoy es uno de los 6 espacios que tienen equipos propios de la agencia local. Estos están ubicados uno en cada distrito de la ciudad. Estos están aún en proceso de conformación debido a su breve período de funcionamiento.

Además promueve y coordina la conformación del Consejo Consultivo, una mesa de trabajo permanente de carácter amplio y horizontal integrada por representantes de las áreas municipales vinculadas directa o indirectamente a la prevención y/o abordajes específicos, Universidad Nacional de Rosario, miembros del Concejo Municipal de Rosario, entidades gubernamentales especializadas en la materia como la Sedronar y APRECOD, asociaciones, organizaciones de la sociedad civil, universidades, entidades académicas y centros de

investigación públicos y privados, especializados o comprometidos con el abordaje del consumo problemático.

Los Dispositivos Territoriales Comunitarios (DTC)

En el año 2014 comenzaron a desarrollarse desde la Sedronar nuevos dispositivos de abordaje de los consumos de drogas, que se localizan en territorios de alta vulnerabilidad social: los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC), los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA), las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y el Programa de Apoyo a la Integración Sociolaboral (PAIS).

En el año 2016, estos dispositivos serán reconvertidos en Tratamiento Comunitario (DTC) y en Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT). La Dirección Nacional de Abordaje Estratégico (DNAE) creó los estos dispositivos, con el objetivo de profundizar el abordaje territorial impulsado por la Sedronar. De esta forma, la adopción de la metodología de tratamiento comunitario, que cuenta con una importante fundamentación teórica e innumerables experiencias concretas de implementación en toda América Latina, significó un salto cualitativo para el abordaje territorial integral de la Sedronar, y permitió dotar a los equipos de trabajo de valiosas herramientas para el registro, la sistematización y la evaluación del trabajo realizado en territorio. El sujeto de la intervención en los DTC son las personas y sus redes. Estos espacios tienen como base la elaboración de un diagnóstico del territorio conocer el lugar, sus redes, recursos, líderes, actividades, principales problemáticas, con estas herramientas genera las condiciones para implementar el tratamiento comunitario. Para ello, resulta fundamental el trabajo en la calle: recorrer los territorios, conversar con sus habitantes y referentes, identificar las principales instituciones y organizaciones, establecer vínculos de confianza, tender lazos, construir y visibilizar redes. Estos llevan adelante diversas actividades, que son pensadas de forma estratégica como actividades de vinculación. Se trata de que el equipo participe de las actividades promovidas por la comunidad, estar presente en los lugares donde las personas actúan, y se desarrollan a diario.

Podemos encontrar en la zona en la que trabajamos, el DTC de zona oeste de Rosario en Bv. Seguí al 5400, El dtc de Villa Gobernador Gálvez y el STC de Cabin 9 que corresponde a la localidad de Perez.

Las Casas de Asistencia y acompañamiento comunitario (CAAC)

El programa de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC) fue creado en 2014 con el objetivo de garantizar el acceso a la atención, asistencia e inclusión social de las personas con consumo problemático de sustancias y/o que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad social, en el ámbito de sus propias comunidades (Resolución N° 266/2014).

A partir de 2019, se reforzó el carácter territorial de las intervenciones de la Sedronar con la creación de diferentes centros de atención y el fortalecimiento del programa CAAC desde un abordaje integral, interdisciplinario y comunitario de los consumos de sustancias.

La red de CAAC se amplió considerablemente a partir de la creación de nuevos dispositivos. A diciembre de 2019 la cantidad total de CAAC era de 214, de las cuales 209 continuaron formando parte del programa durante los años subsiguientes. A diciembre de 2022 el total de la red se conformaba por 518 dispositivos. Las CAAC son espacios de atención de modalidad ambulatoria y comunitaria cogestionada entre la Sedronar y organizaciones sociales y eclesiales, que buscan facilitar el acceso a la orientación, contención y acompañamiento de personas con consumo problemático de sustancias y en situación de exclusión social. Operan, sobre todo, aunque no de forma exclusiva, en territorios de todo el país en contextos de mayor vulnerabilidad social

Las CAAC basan sus intervenciones en el desarrollo de estrategias de atención de bajo umbral, en tanto existen requerimientos mínimos para el ingreso, que buscan facilitar la accesibilidad de las personas que allí se acercan, para que puedan encontrar una respuesta efectiva a sus demandas en el menor tiempo posible y, de manera gratuita, busca reconocer y valorar el trabajo y las experiencias de esas organizaciones.

Se pueden distinguir tres etapas en el desarrollo del programa de CAAC desde su surgimiento hasta la actualidad. En una primera etapa de implementación, entre 2014 y 2015, el programa constituía una estrategia de abordaje embrionaria y singular dentro de las políticas de intervención de la Sedronar, se componía de pocos dispositivos y la cogestión se llevaba adelante con algunas pocas organizaciones territoriales. En una segunda etapa, entre 2015 y 2019, se experimentó un crecimiento cuantitativo del programa, con la creación de

nuevas CAAC y la inclusión de otros actores en la participación de la cogestión, como diversas organizaciones sociales y políticas, aunque su labor cotidiana y su funcionamiento no siempre adquirirían la forma de un trabajo articulado con otros dispositivos de la Sedronar. Finalmente, la etapa que va desde diciembre de 2019 a finales de 2023 se caracteriza por un crecimiento cuantitativo y cualitativo del programa, incluyendo a cada vez más actores con presencia territorial y reconocimiento local, en el marco de la adopción programática por parte de la Sedronar de un modelo integral y comunitario de abordaje de los consumos de sustancias.

“Se trata de lugares de encuentro concretos, tangibles y accesibles que funcionan como ‘puerta de entrada’ para el inicio de procesos integrales de tratamiento e integración social y que posibilitan la construcción de proyectos de vida en comunidad” (Resolución 426/2021, Anexo I: párr. 17).

Además de abordar los consumos problemáticos, se realizan acciones promocionales y preventivas con la permanente participación de la comunidad. Es por ello que los talleres y actividades que ofrecen suelen ser espacios tan diversos como talleres de capacitación en oficios, espacios de escucha individual, grupos terapéuticos, de inclusión educativa, actividades recreativas y deportivas, entre otras.

Las CAAC son consideradas espacios de atención de bajo umbral, en tanto los requisitos que se exigen para poder iniciar un tratamiento son mínimos. Desde una perspectiva de derechos humanos, orientan sus acciones particularmente a aquellas poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad social y que encuentran dificultades estructurales en el acceso a servicios de atención especializados. La población a la que se dirige el Programa son los sujetos de derecho que residen en zonas geográficas que presentan importantes desigualdades y en las que la problemática del consumo de sustancias alcanza gran magnitud y frecuencia.

La transformación de espacios de contención barriales con trayectoria en el territorio hacia un enfoque específico en la problemática del consumo problemático de sustancias surge, en parte, del vínculo establecido entre la SEDRONAR y los curas villeros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este proceso se consolidó mediante un convenio con Cáritas. Esta dinámica se construyó también con varias otras organizaciones de alcance nacional. Entre estas, se destacan el Movimiento Evita, la Corriente Clasista y Combativa, el MTE con su proyecto "Vientos de Libertad", y el Movimiento Popular La Dignidad a través de su

organización Red Puentes, entre otras. Estas alianzas han permitido una articulación entre el trabajo territorial preexistente y las nuevas políticas de abordaje de la problemática, consolidando un enfoque integral en las intervenciones sociales en los barrios.

CAPÍTULO 4: desafíos, tensiones y estrategias del Trabajo Social en los abordajes integrales comunitarios,

Como se ha venido tratando a lo largo de este escrito, el consumo problemático de sustancias psicoactivas es un problema social complejo, que implica múltiples aristas, que transcurre y se expresa en un contexto social que se encuentra profundamente segmentado en donde impera una sensación de no pertenecer y no tener lugar en la sociedad.

Retomamos a Carballeda (2012) para entender cómo la intervención del Trabajo Social se fue orientando en relación a estas nuevas expresiones de la cuestión social, en ese caso más relacionadas con la problemática de la integración de la sociedad como un todo y los diferentes problemas que surgen desde esa ausencia de totalidad.

Este trabajo estudia los dispositivos CAAC y DTC que surgen como respuesta para trabajar en lo que Carballeda (2012) denomina como nuevos escenarios de intervención. Estos son los que hoy encontramos entre la caída del relato neoliberal y la construcción de otro nuevo relato que no termina de construirse, donde hay que trabajar sobre lo que se gestó luego de ese neoliberalismo que “actuó como constructor de sentidos y subjetividad, se entrometió en la vida cotidiana, generó nuevas formas de relación social y elaboró una forma de comprensión y explicación que aún hoy muestra signos de persistencia” (Carballeda 2012, p.2). Pensando estos nuevos escenarios y en cómo intervenir sobre ellos es que surgen nuevas políticas públicas centradas en lo comunitario, la defensa de los derechos humanos y la inclusión social.

Siguiendo al autor, ante estos escenarios, la intervención surge como un instrumento posibilitador de transformaciones. Sin embargo, la complejidad que la problemática de los consumos de sustancias implica da cuenta de una serie de cuestiones que son transversales o que sobrepasan la especificidad de las profesiones actuales. El hecho de que nuestras intervenciones se produzcan en el terreno de lo social implica que allí no intervenimos en soledad, sino que lo haremos junto con otras profesiones que también intervienen en esta área (Carballeda, 2008). Además, si entendemos al consumo problemático como un fenómeno multicausal, es decir, que debe ser abordado desde sus tres dimensiones sujeto, objeto y contexto, resulta fundamental la interdisciplina como estrategia para su abordaje.

Dentro de la Ley Nacional de Salud Mental N°23.657 se incluye el artículo N° 8, el cual requiere que el abordaje de padecimientos mentales sea realizado de manera interdisciplinaria y la misma ley abarca al consumo problemático de sustancias dentro del campo de la salud mental:

“Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, Trabajo Social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ley N°23.657, Art. N°8).

Una realidad a tener en cuenta es que los problemas son interdisciplinarios y por lo tanto pensar que se puede responder a ellos desde una sola disciplina sería acotar y obstaculizar la intervención. A partir de esto surge la estrategia de conformar grupos de profesionales que puedan dar respuestas nuevas, desde miradas amplias y no únicamente desde su especificidad profesional. Es necesario conformar estos equipos de trabajo y que en estos se internalicen las lógicas de la interdisciplinaria, estos deben necesariamente estar en constante comunicación y reflexión en relación con el abordaje de los consumos problemáticos para lograr acuerdos políticos, ideológicos y prácticos para lograr trabajar bajo ciertos patrones y códigos en pos de abordar la problemática como equipo. Dice Alicia Stolkiner (1987) “la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas...” (p.2) Es importante destacar el rol de los referentes territoriales, estos pueden ser operadores o miembros de la comunidad que participen del dispositivo, que sin ser parte del equipo técnico tienen un saber que es muy valioso en la construcción de estrategias y abordajes comunitarios. Se puede dar lugar a pensar este trabajo en conjunto también sumando estos saberes necesarios para lograr un abordaje conforme a los objetivos planteados por este modelo

Las intervenciones de los profesionales del Trabajo Social requerirán de una reflexión y revisión constante de los marcos conceptuales propios, de la influencia de las representaciones sociales y de los mandatos establecidos. Deberá implicar también una mirada a la singularidad de las personas, en este caso también de la comunidad y del territorio donde está inscrita, para propiciar la recuperación de su autonomía (Carballeda 2008).

Por último nos parece interesante citar a Carlos Montaña que hace una descripción del trabajador social para aportar un poco de claridad a la situación de duda sobre la profesión.

El Asistente Social es un profesional que partiendo de conocimientos históricos sociológicos, económicos, estadísticos, demográficos, psicológicos, jurídicos, antropológicos, de administración etc. Tiene como campo de acción teórico y/o práctico la cuestión social en sus diversas manifestaciones interviniendo cuando es el caso fundamentalmente a través de un instrumento peculiar la política social (Montaña, 2000, p.9)

Algunos desafíos que se presentan

A lo largo de la investigación hemos recopilado una serie de desafíos que se le presentan a la profesión en estos espacios de trabajo. La necesidad de indagar los desafíos asociados a este enfoque surge a partir de diversos interrogantes que se plantean previamente al trabajar bajo esta modalidad en espacios específicos. El principal interrogante que surge en estos casos es: ¿qué es “lo propio” el Trabajo Social en estos dispositivos?

Cada profesional tiene el desafío de construir una respuesta a este interrogante, tanto para sí mismo como para el equipo de trabajo. Cada profesional debe además construir y dar forma al rol de Trabajo Social en cada institución en particular dado que este modo de abordaje es bastante reciente y los espacios aún están en proceso de consolidación. Estas instituciones como fue planteado en el capítulo anterior surgen de procesos muy particulares, ligados a organizaciones, movimientos, o mismas instituciones estatales que ya tenían una trayectoria previa.

Dado que no son dispositivos nuevos “a estrenar” creados por la Sedronar, no cuentan con una serie de normas codificadas, con roles asignados. Tampoco funcionan bajo lineamientos ni directivas concretas ni obligatorias, sino que construyen las intervenciones de manera particular para cada institución, con sus propias herramientas, recursos y perspectivas sobre la problemática. Dado que cada organización es única, cada profesional debe crear su propia práctica de manera artesanal.

En el caso de la intervención profesional se puede ver la dificultad de dar forma en estos espacios a “lo propio” de la profesión, sus competencias, sus modos, y sus categorías específicas en la intervención y al interior de los equipos. En primer lugar, podemos observar que un desafío es el que resulta de la relación entre el profesional que llega a la institución y las representaciones que en las distintas instituciones y sus integrantes tengan del Trabajo Social. “Es indispensable reconocer que la intervención profesional está atravesada por el lugar que esa profesión tiene asignado en el imaginario social, esto es, la construcción histórico-social que de esa profesión se ha realizado: funciones, características, práctica, resultados esperados, etc” (Cazzaniga, 2009, p.2). Este imaginario social al que se refiere la autora se presenta principalmente en la concepción del Trabajador Social asociado al rol de la gestión. La gestión de trámites orientados a obtener subsidios, ya sea para los usuarios o las instituciones, abarca la obtención de planes, programas, certificados, y diversa documentación. Estos ejemplos responden a una demanda inmediata, vinculada principalmente a tareas asociadas con la dimensión material de la asistencia. Estas actividades incluyen la entrega de ropa, alimentos, asistencia económica y soluciones habitacionales. Dichas tareas surgen como respuesta a necesidades urgentes de las personas en situación de vulnerabilidad, centrando la intervención en aspectos materiales de la asistencia social.

No se trata de que el profesional en Trabajo Social carezca de la capacidad para desempeñar dicho rol, sino que la tendencia es encasillar y limitar su intervención únicamente a la gestión de recursos. Este fenómeno fue destacado por todos los entrevistados, quienes, a pesar de sus diversas concepciones personales, coinciden en que este encasillamiento constituye uno de los primeros puntos de debate al reflexionar sobre el rol de los profesionales en este campo. Es necesario repensar esta perspectiva para reconocer la amplitud y complejidad de las intervenciones que el profesional puede y debe llevar a cabo.

“Nosotros cuando llegamos vimos que estos mecanismos estaban un poco burocratizados y mecanizados al punto de situaciones donde desde el equipo que te dicen, che, gestioname tal trámite para tal pibe, sin pensar la demanda o darle lugar a otra mirada desde la lectura del TS” (Fragmento de entrevista al Trabajador Social del DTC Rosario, 12 de noviembre de 2024).

Siguiendo con este camino de pensar la intervención más allá de la gestión, vuelve a surgir la cuestión de lo “propio del Trabajo Social” y el desafío frente a la recurrente sensación de desvalimiento en torno a la propia claridad y capacidad de enunciación en

cuanto a las incumbencias del Trabajo Social. En este caso una de las particularidades es la de la presencia y la hegemonía de los profesionales de la psicología, por sobre el rol del TS en la escucha. Poder poner en discusión que la escucha no es únicamente herramienta de los y las psicólogas del equipo, sino que la profesión tiene una lectura propia que suma al abordaje. “Allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la salud mental” (Carballeda, 2012:9). Nuestra profesión aporta esa escucha en clave social, esa visión política de lo social, que puede ampliar el espectro a la hora de comprender la situación del sujeto o la comunidad para luego pensar estrategias en conjunto, de este modo se puede pensar en una intervención interdisciplinaria que incorpore los saberes de las distintas profesiones. En las palabras de una de las profesionales entrevistadas podemos ver este punto,

“en el momento de la entrevista, como indagar un poco más en relación a lo comunitario, lo territorial, lo familiar, como es el contexto, darle esto de la escucha activa también, o sea, por ahí tenemos como otra escucha, la observación, es importante que estas cuestiones por ahí a otras profesiones, digamos, se le escapan o están más específicos en otra cosa, y no es la misma la escucha de una TS que la escucha del psicólogo o la psicóloga que tienen otro chip” (Fragmento de entrevista a la TS del DTC Pérez, 12 de noviembre de 2024)

Es clave problematizar y discutir la escucha como herramienta de la profesión y no caer en la lógica de que solo profesionales del campo psi, entendiendo este como los modos y niveles en que los saberes provenientes de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, se encargan de escuchar para construir las estrategias de abordaje. La proporción desigual entre psicólogos y trabajadores sociales en los equipos de intervención puede representar un desafío significativo para la efectividad del trabajo interdisciplinario.

Es de destacar que el consumo no es siempre la principal ni la única problemática de quienes se acercan a los dispositivos, sino que muchas veces es su vulnerabilidad social la que las/os lleva a requerir acompañamiento. Luego, a partir de la generación de un vínculo y un proceso de trabajo, los sujetos pueden problematizar su consumo. Mientras tanto, en el día a día de la institución que está localizada en esos territorios que son marginados y vulnerables, al ser un espacio de referencia en el territorio suelen manifestarse demandas con diversas problemáticas que también son delegadas a trabajadores sociales. Las mismas

pueden ser por ejemplo cuestiones relacionadas a lo laboral, a la vivienda, alimentarias, entre otras.

Frente a estas situaciones que se presentan surgen las preguntas de las mismas profesionales “¿Hasta dónde o qué se responde a eso? ¿Qué se responde y con qué herramientas? Sobre todo ahora que estamos en un momento donde el Estado se está retirando más todavía los programas se están vaciando no tenemos apoyo de ningún lado” (Fragmento de entrevista a las TS del DTC Villa gobernador Galvez, 30 de noviembre de 2024) aquí se presenta un desafío que tiene forma de interrogante y que es menester de cada situación e institución contestarse. Podemos aquí traer los aportes de Elena de la Aldea (2004) sobre la subjetividad heroica, que plantean se torna un obstáculo para las intervenciones, ya que no deja pensar y tiende a la lógica de querer “salvar a la comunidad” y trata siempre de poner como objetivo lo que “debería ser”

Considerando la realidad abrumadora de la demanda diaria, que a veces pasa por situaciones ligadas a la violencia y asociadas a lo delictivo o al narcomenudeo, es menester realizar esa pregunta y leerla teniendo en cuenta la reflexión de la subjetividad heroica, para que la intervención no se vea atravesada por este obstáculo. Este tipo de realidades suelen ser bastante frecuentes en nuestra ciudad en el último tiempo.

Se puede derivar, acompañar y abordar estos casos pero es siempre el desafío del equipo y en particular también del TS de dirimir hasta dónde, cómo y con qué herramientas y recursos.

Estrategias que se desarrollan

Teniendo en cuenta esta coyuntura que aborda el Trabajo Social en este tipo de dispositivos se pueden destacar algunas estrategias principales que se construyen para dar respuesta a la problemática.

En primer lugar podemos nombrar a la construcción de redes con otras instituciones. Estas redes se construyen con instituciones del mismo territorio ya sean estatales u organizaciones de la sociedad civil. Se trata de establecer y entablar un vínculo de trabajo con el centro de salud, las escuelas, polideportivos y clubes de barrio, organizaciones barriales

como comedores, merenderos, bibliotecas populares con el fin de poder construir un verdadero abordaje comunitario.. Esta estrategia suele ser parte de la práctica de los profesionales del Trabajo Social, pensar estrategias en conjunto, planificar intervenciones y actividades que no queden únicamente dentro de la institución sino que se acoplen a la vida diaria del sujeto y la comunidad a la que pertenece. Estos dispositivos desde su origen tienen esta conformación de cogestión con organizaciones de la sociedad civil y vínculo entre distintos niveles del Estado. Están concebidos desde esa matriz por lo que no se puede pensar la intervención como una unidad aislada. Por lo tanto ya se configuran como un actor más de esa red comunitaria que existe en el territorio, podemos pensar en el caso de la parroquia o el club que son ejemplos más tangibles. Estos dispositivos al funcionar en estos espacios ofrecen un lugar dentro de la red comunitaria donde abordar los consumos problemáticos en específico.

En segundo lugar, otra estrategia presente en estos dispositivos y que el Trabajo Social protagoniza consiste en trabajar no solo con las otras instituciones que habitan los sujetos sino también con sus vínculos afectivos, sus familias y sus redes de contención. Es prioridad a la hora de realizar un proceso terapéutico, darle lugar a la red de contención y vínculos que este ya tenga, y de no tener, ir construyendo una. El dispositivo está abierto por un horario determinado y realiza su acompañamiento e intervención durante este horario, el proceso terapéutico de una persona que tiene un vínculo problemático con las sustancias es constante, y no puede realizarse en soledad. Las redes de contención diarias son tan importantes como cualquier otro paso del proceso. En los distintos dispositivos se realizan espacios de atención y asistencia a las familias o a vínculos de las personas que asisten. Se parte para esto desde la lógica de “cuidar al cuidador”, o de darle un espacio de contención y asesoramiento a familiares y afectos. Cabe destacar que en la mayoría de los casos suelen ser las madres de jóvenes varones, o sus parejas quienes ocupan este rol, esto lo nombramos para visibilizar que el rol de los cuidados sigue asociado a lo femenino y a las mujeres que tienen que tomar esa responsabilidad (Podemos pensar como ejemplo a la organización de Madres Territoriales).

“Hay unas poblaciones que no llegan a las instituciones. Entonces, más que forzar que los pibes lleguen, era también pensar qué estrategia de acompañamiento nos vamos con esas madres que van tocando puerta por un montón de instituciones y no saben qué hacer con sus pibes.”(Fragmento de entrevista a la TS del DTC Pérez, 12 de noviembre de 2024)

Esta particularidad del acompañamiento a las familias se da en la dinámica de lo cotidiano, del estar en contacto día a día en el barrio, de encontrarse en lugares comunes, como puede ser el playón, la plaza, el centro de salud o la feria. Es parte del desafío de los abordajes comunitarios en estos territorios poder participar de estos espacios, habitarlos y ser un actor dentro del territorio con referencia en los problemas de consumo para poder abordarlos. Si la dinámica institucional es puertas adentro, por más que la población que asista sea toda de ese mismo barrio no se va a lograr un abordaje desde lo comunitario que, como ya mencionamos anteriormente, fortalezca los lazos sociales que vienen deshaciéndose. En consonancia con esto podemos sumar que la pandemia de Covid-19 generó un afecto profundizador en las organizaciones de encierro sobre sí mismas y una pérdida de vínculo con el territorio y su comunidad.

En relación al desafío que comentábamos anteriormente sobre la escucha en clave social es en estas actividades o estrategias que se puede ver estos dispositivos territoriales y comunitarios, es importante tanto la escucha, como la mirada y la lectura del TS para el abordaje, ya que la demanda llega de formas muy diversas, por distintos canales. Esta demanda puede ser por ejemplo, una madre que se acerca a preguntar por su hijo, un referente de alguna organización barrial preocupado por la situación, algún joven que se acerca por otra razón como puede ser participar de alguna de las actividades y que a raíz de conversaciones diarias llega a problematizar su consumo, entre otras. Se puede nombrar como ejemplo práctico de una estrategia donde se visibiliza la escucha activa del profesional a los grupos de familiares o afectos de personas que atraviesan situaciones de consumo, que se realizan en las distintas organizaciones.

También en relación al desafío de salir del encasillamiento en el rol de la gestión que se le suele asignar al trabajo se puede pensar como una estrategia problematizar esa demanda, reflexionar sobre ella y pensarla dentro del abordaje. Teniendo en cuenta que no solo se hace foco en la sustancia a la hora de intervenir, es imperativo pensar en el contexto y la situación de cada sujeto en su singularidad y de la comunidad en general.

“No cubrir solamente esta problemática del consumo. Por ejemplo, a veces necesitas un bolsón de comida para acompañar a eso que pasa, a veces necesitas, no sé, una estabilidad económica para continuar con el proceso terapéutico, entonces pensar en un trabajo estable, o un montón de cosas que no están” (Fragmento de entrevista a la TS del DTC Pérez, 12 de noviembre de 2024).

Es necesario pensar dentro del proceso terapéutico que realizan los sujetos que transitan por estos dispositivos este tipo de asistencias y entender que el TS puede tener un rol principal a la hora de proponerlas pero no necesariamente eso implica la gestión en sí, por ejemplo acompañar a una persona al registro civil para tramitar un documento puede hacerlo cualquier integrante del equipo.

“Es salir de ese encasillamiento y plantear que todos podemos acceder a eso, a gestionar esos recursos, y pensar más en una intervención que tenga que ver con el Trabajo Social en su carácter más ético-político, si se quiere. Y nos salíamos de la cuestión de la demanda, de la gestión de recursos, que nos llevaba mucho tiempo” (Fragmento de entrevista al Trabajador Social [TS] del DTC Rosario, 12 de noviembre de 2024).

Los Obstáculos

Intervenir desde el Trabajo Social con el modelo de abordaje integral y comunitario sobre los consumos problemáticos de sustancias presenta una serie de obstáculos que fuimos recuperando a lo largo de la investigación. Estos, si bien en cada organización tienen sus características particulares, revisten de una esencia que es compartida en todos los espacios.

Un primer obstáculo generalizado en estos contextos es la problemática de la violencia presente en los territorios, así como el vínculo de muchos de los jóvenes que asisten a estos dispositivos con redes de narcocriminalidad. En los últimos años, la ciudad de Rosario y sus alrededores han experimentado un aumento significativo en los niveles de violencia, caracterizada por el uso frecuente de armas de fuego y el recurso de amenazas o tiroteos como mecanismos para la resolución de conflictos. Sin caer en enfoques sensacionalistas, es importante reconocer que estos dispositivos operan en territorios donde la violencia es una realidad cotidiana, lo que representa un desafío crucial para las intervenciones.

En un abordaje que privilegia los vínculos con la comunidad y la presencia territorial como ejes fundamentales, la violencia se erige como un obstáculo insalvable, dado que expone tanto a los trabajadores como a los usuarios a situaciones de riesgo sin posibilidad de garantizar su seguridad. El hecho de que ciertos horarios y períodos del día conviertan el simple acto de transitar por el barrio en un riesgo limita considerablemente las posibilidades de intervención en el territorio. Esta situación obliga a que el trabajo se concentre dentro de la

institución, lo que termina favoreciendo prácticas más individualizadas y centradas en la singularidad de cada sujeto, en detrimento de enfoques comunitarios o colectivos que podrían ser más adecuados para las necesidades del contexto.

Otro obstáculo está vinculado a las modalidades de contratación de los profesionales que se desempeñan en estos espacios. En algunos casos, estos trabajadores son contratados bajo la figura de monotributistas, sin distinción particular en sus condiciones laborales, mientras que en otros casos son financiados a través de lo que se denomina "Beca Fondo Estímulo". Ambas modalidades de contratación se caracterizan por su alto nivel de precariedad, lo que implica escasas garantías laborales y una baja remuneración en relación con las tareas realizadas.

Esta situación de precarización laboral no solo afecta las condiciones de trabajo de los profesionales, sino que también repercute directamente en la estabilidad de los puestos y en la continuidad de los equipos de trabajo. La alta rotación de personal dificulta la consolidación de equipos de intervención estables y sostenidos en el tiempo, lo que es fundamental para la efectividad de los dispositivos. En estos contextos, la construcción y mantenimiento de vínculos con las personas atendidas es clave, ya que dichos vínculos constituyen el punto de partida para la mayoría de las intervenciones.

En relación con la precarización no solo se limita a los profesionales sino que también a las organizaciones en general. Se observa una marcada carencia de recursos institucionales, especialmente en términos económicos. Esta limitación se evidencia en la ausencia de un fondo de "caja chica" para cubrir gastos cotidianos, lo que restringe la capacidad de ejecutar intervenciones necesarias. La falta de recursos propios impide la operativización de ciertas estrategias de intervención lo que obliga, en muchos casos, a derivar a los sujetos a otras instituciones u organizaciones para la resolución de situaciones que, con los medios adecuados, podrían ser abordadas dentro del mismo dispositivo.

Asimismo, existe la posibilidad de diseñar herramientas y recursos que podrían contribuir significativamente a los procesos terapéuticos. Sin embargo, la insuficiencia presupuestaria limita su implementación, lo que fuerza a los equipos a buscar financiamiento adicional a través de concursos públicos o privados. Este proceso de gestión de fondos externos genera una carga laboral extra, que desvía esfuerzos y tiempo del trabajo terapéutico directo hacia tareas administrativas y de recaudación de recursos. Tal situación no solo

compromete la continuidad y calidad de las intervenciones, sino que también subraya la necesidad urgente de una mayor inversión institucional para garantizar el adecuado funcionamiento de los dispositivos y la optimización de sus capacidades terapéuticas.

Se produce así una contradicción al momento de pensar que estos jóvenes o estos sujetos suelen llegar a los dispositivos como última instancia o buscando alguna respuesta y es una realidad que se genera en los profesionales la duda de cómo abordar esos casos y hasta donde sin los recursos necesarios.

“Sabemos que estamos trabajando con poblaciones muy vulneradas que son excluidas de todos los lugares del centro de salud, de la escuela, hasta de sus propias familias y cuando pasan estas situaciones heavy la primera respuesta que se da es, bueno, se lo expulsa, se lo suspende, se lo echa. Es como, bueno, estamos reproduciendo la misma lógica que no queremos. Me parece que estos dispositivos se abren justamente para poder alojar a toda esa población”(entrevista N°3).

Para concluir este capítulo, es posible afirmar que el Trabajo Social enfrenta diversos desafíos como profesión, los cuales cada profesional debe sortear de manera particular, utilizando estrategias y herramientas específicas. Sin embargo, estos desafíos y los obstáculos previamente expuestos generan tensiones y debates que no cuentan con una solución definitiva. En este sentido, estos desafíos sirven tanto para continuar la reflexión sobre las prácticas profesionales como para impulsar los reclamos necesarios que permitan ajustar los recursos presupuestarios a los objetivos planteados. De esta manera, se busca garantizar una atención de calidad que responda adecuadamente a la problemática abordada.

REFLEXIONES FINALES

Para concluir este Trabajo Integrador Final, podemos afirmar que se ha alcanzado el objetivo de investigar sobre los desafíos que este modelo plantea para la intervención en Trabajo Social. Además logramos vislumbrar y trabajar sobre las distintas estrategias que utilizan los profesionales para superar los obstáculos que este presenta. Sin embargo, esto no supone la provisión inmediata de soluciones definitivas a dichos desafíos, ni la construcción de un diagnóstico concluyente o de una receta de acción. El propósito central de este análisis es llegar a ciertas conclusiones que contribuyan al ejercicio profesional en el marco de este enfoque de abordaje, ofreciendo herramientas que enriquezcan las prácticas dentro de este modelo y generando nuevos interrogantes sobre los cuales seguir investigando.

En el desarrollo inicial del trabajo, se intentó abarcar las principales teorías y enfoques contemporáneos utilizados en el abordaje de los consumos problemáticos. El estudio exhaustivo de estas perspectivas permite comprender los antecedentes históricos y epistemológicos que han dado forma en parte al pensamiento actual, el cual, a su vez, sirve de base para la construcción de intervenciones en este campo. Esta revisión teórica resulta fundamental para entender las diferentes aproximaciones y su evolución, facilitando así la identificación de los marcos conceptuales que orientan las prácticas en la actualidad.

El fenómeno del consumo problemático puede entenderse como el resultado de la relación que una persona establece con una o varias sustancias. Este vínculo tiene el potencial de volverse disfuncional o problemático, conduciendo a la dependencia y generando impactos negativos tanto en la salud física y psíquica de la persona como en sus relaciones sociales. Dado que se trata de una problemática compleja y de naturaleza multicausal, resulta fundamental desarrollar estrategias de intervención integrales que permitan abordar esta complejidad de manera eficaz, considerando los diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en el consumo problemático.

La estrategia prohibicionista ha demostrado ser ineficaz como respuesta al problema de los consumos problemáticos, ya que sus prácticas generan una serie de consecuencias indeseadas, entre las que destacan la proliferación de mercados ilegales de producción y venta de sustancias. Además, la ausencia de un marco regulatorio adecuado incrementa los riesgos para la salud de los usuarios, al no contar con mecanismos de control sobre la calidad

y composición de las sustancias. Este enfoque prohibitivo ha llevado a que la principal respuesta del Estado se centre en la intervención de las fuerzas de seguridad y del sistema judicial, particularmente en relación con jóvenes de sectores vulnerables.

Consideramos prometedor el giro hacia nuevas estrategias orientadas a la reducción de daños, las cuales adoptan un enfoque basado en la salud pública que reconoce la complejidad inherente a los consumos problemáticos y promueve intervenciones centradas en el bienestar y la reducción de riesgos. En este sentido, resulta de suma importancia la Ley 26.657 de Salud Mental, que establece un marco normativo fundamental, marcando un punto de inflexión en el desarrollo de las intervenciones en este campo. Esta ley no solo prioriza el abordaje integral y comunitario, sino que también garantiza la protección de los derechos humanos de las personas que atraviesan situaciones de vulnerabilidad, promoviendo un enfoque inclusivo y respetuoso de la dignidad de los sujetos.

Con respecto a los dispositivos que hacen frente a esta problemática a través del modelo de abordaje integral y comunitario o territorial, a nuestro parecer tienen un lugar clave en el territorio hoy en día ya que dan respuesta a una demanda que es muy grande hoy en día y al estar tan las comunidades terapéuticas o granjas tan lejos del alcance de las personas que habitan esos territorios es clave que estos espacios reciben esta demanda. poder hacer una lectura de las situaciones desde el lugar y poner al sujeto y a la comunidad como participantes activos. poder fortalecer los lazos comunitarios que hoy en día están tan dañados y a partir de ahí poder trabajar esta problemática donde el rol de la comunidad es central, ya que nadie se recupera en soledad.

En estos dispositivos, el Trabajo Social desempeña un rol central en la construcción de lazos comunitarios, el establecimiento de redes de colaboración con otras instituciones y niveles del Estado, y en el acompañamiento individual de los sujetos en relación con sus vínculos afectivos y familiares. Es fundamental destacar la importancia de la construcción de comunidad, un concepto frecuentemente mencionado pero cuya aplicación real es a menudo limitada. Para que estos dispositivos sean verdaderamente efectivos, es necesario que las personas que habitan los territorios en los que se encuentran se apropien de ellos y participen activamente en su gestión.

Existe una clara diferencia entre los espacios que operan en edificios estatales, donde el Estado actúa como una entidad externa, y aquellos que funcionan en clubes o parroquias,

en los que la comunidad local asume un papel protagónico en la vida del espacio. Esta distinción subraya la necesidad de debatir sobre la cogestión genuina de estos dispositivos, evitando caer en la tercerización del abordaje o en la creación de espacios estatales desconectados de la comunidad. Una cogestión verdadera permitiría integrar de manera efectiva a la población local, garantizando que las intervenciones estén más alineadas con las necesidades y dinámicas del territorio.

El Trabajo Social tiene como potencialidad poder ejercer una función restitutiva de derechos que a este sector de la población y en esta problemática le han sido históricamente vulnerados. Tiene un rol clave en la construcción de experiencias que puedan junto con la comunidad generar espacios en los barrios y en las zonas más vulneradas y marginadas, que den respuesta a una demanda que es urgente. Pensar estos programas como políticas sociales que aborden esta problemática específicamente y de una manera integral requiere también generar una discusión y poner interrogantes en los abordajes que se venían dando previamente. Para que estas experiencias tengan un impacto verdadero también es necesario un soporte del Estado que sea acorde a la complejidad de la problemática. Para que las intervenciones logren ser transformadoras, se necesita de herramientas. Dotar de mayor presupuesto y condiciones laborales a los trabajadores, infraestructura y recursos a cada dispositivo y generar registros cualitativos y cuantitativos son medidas necesarias para poder sostener estos espacios en el tiempo y no solo sostenerlos sino multiplicarlos y dotarlos de mayor capacidad. Disputar esos recursos es una tarea que es necesaria ya que en un momento donde el Estado se posiciona en contra de los derechos humanos y la justicia social estas experiencias corren peligro.

Consideramos que desde la profesión es necesario ofrecer una resistencia a esta lógica que se centra en el mercado dando lugar a decisiones y a prácticas que ofrezcan la posibilidad de que estos sujetos puedan gozar de los derechos que les corresponden y ser autónomos para poder realizar su propio proyecto de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z. (2007). *“Vida de consumo”*. Fondo de Cultura Económica.
- Camarotti, A. C.; Kornblit, A. L. (2015) *“Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo”* Salud Colectiva, vol. 11, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 211-221. Universidad Nacional de Lanús.
- Carballeda, A. (2008). *“La prevención en drogadicción. Una mirada desde la intervención en lo social”*, en Carballeda, A. (coord.), *Drogadicción y Sociedad*. España: Espacio Editorial.
- Carballeda, A. (2006). *“La adolescencia y la drogadicción en los escenarios del desencanto”*, en Margen Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales, Edición digital N. 42. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen42/carba.html>
- Carballeda, A.(2008). *“Los cuerpos fragmentados. La intervención social en los escenarios de la exclusión y el desencanto”*. Buenos Aires. Editorial Paidós. Tramas sociales.
- Corda, A. (2015). *“Criminalización de los usuarios de droga en Argentina”*, en Revista Voces en el Fénix, N. 42. Recuperado de: <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/criminalizacion-de-los-usuarios-de-drogas-en-la-argentina/>
- Cazzaniga S. (2009) *“Trabajo Social, Su configuración como Profesión y Disciplina”*. Universidad Nacional de Entre Ríos
- D’Angelo, A. S. (2020). *¿De qué se habla cuando se habla de territorio?.* Cátedra Paralela, (16), 69–87. <https://doi.org/10.35305/cp.vi16.4>
- De la Aldea . E y Lewkowicz I. (2004) *“La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud”* Recuperado de: <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica-un-obstaculo-en-las-practicas-comunitarias-de-la-salud.html>
- Del Frade, C.(2014). *“Ciudad Blanca Crónica Negra. Postales del narcotráfico en el gran Rosario, Córdoba y Buenos Aires”* Último Recurso Ediciones.

- Díaz-Bravo, L, Torruco-García, U, Martínez-Hernández, M, y Varela-Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. En: Investigación en educación médica, 162-167.
- Garbi, S. (2021). “Consumos de drogas : La atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario” Revista Argentina de Medicina. Recuperado a partir de <https://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/620>
- Hamzaoui, M. (2005). “El Trabajo Social territorializado: las transformaciones de la acción pública en la intervención social”. Editorial: Nau Libres.
- Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. “Informe 2015”. Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires. 2015.
- Ley N° 26.934 (2014). Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos
- Ley N° 26.657 (2010) Ley de Salud Mental.
- Llovera, M. S. y Scialla, M. “Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado”. Revista Temas y Debates. ISSN 1666-0714, año 21, número 34, julio-diciembre 2017, pp. 77-99.
- Moscovici (2000) “Representaciones sociales: Exploraciones en psicología social”. Polity Press.
- Montaña, C. “Buscando la ‘especificidad’ prometida. El ‘endogenismo’ del Servicio Social”, en: MONTAÑO, C. La naturaleza del Servicio Social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y reproducción. Traducción Alejandra Pastorini. San Pablo, Cortez, 2ª ed., 2000. pp. 106-146.
- Menéndez E. L. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.
- Nowils, H. (1975). “La verdad sobre la droga.”. Unesco.
- Observatorio Argentino de Drogas (2023) . “Informe. Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario. Crecimiento de la red asistencial, respuestas implementadas y personas atendidas durante 2022”. Sedronar

- Ryan, S. (2009). *“Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa.”* Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.
- Sedronar (2019a). *“Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos”*. Sedronar.
- Sedronar (2023). *“Manual de conceptos y herramientas para la investigación sobre Consumos problemáticos de Sustancias psicoactivas”*. Sedronar.
- Sedronar (2019b). *“Modelo de Abordaje Integral Territorial. Una Experiencia de Política Pública”*. Sedronar.
- Sedronar (2020) *“Protocolo para Medios de Comunicación Públicos”*, Sedronar
- Stolkiner, A. (1987) *“De interdisciplinas e indisciplinas”* Publicado en: Elichiry, Nora (Comp) (1987) *“El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”*. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315)
- Stolkiner, A. (2005). *“Interdisciplina y Salud Mental”* .
- Touzé, G. (2006) *“Saberes y Prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína”*. Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires.
- Touzé, G. (2010). *“Argentina: ¿La reforma que viene?”* en: Serie reforma legislativa en materia de drogas N°6.
- Touzé, G. y otros. (2012). *“Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas”*, en Revista Debate Público Reflexión de Trabajo Social, año 2, N. 4, Buenos Aires. Recuperado de: <https://intercambios.org.ar/assets/files/Consideraciones-sobreeldebatelegislativo....pdf>
- Vasconcelos, E. (1997) *“Servicio Social e Interdisciplinariedad: El ejemplo de la Salud Mental”*. Revista Serviço Social & Sociedade N° 54. AÑO XVIII, Cortez Editora, São Paulo.
- Vasilachis De Gialdino, I. (1992) *“Métodos Cualitativos I, Los problemas teórico-epistemológicos”* Centro Editor de América Latina S.A.

ANEXO

La totalidad de las entrevistas fueron realizadas en los mismos dispositivos, en horarios en los que se encontraban en actividad. Los y las profesionales habilitaron un momento en el que no tuvieran una actividad que fuera llevada adelante por ellos para poder brindar el espacio para la entrevista en el horario de funcionamiento de los dispositivos con el fin de conocer y presenciar un momento del funcionamiento diario del espacio.. Todas las entrevistas fueron grabadas con autorización de lxs profesionales y transcritas para su análisis posterior. Se decidió reservar las identidades de los TS por pedido expreso en algunos casos y por criterio propio.

Entrevista Nro 1:

Realizada a la trabajadora Social de la CAAC “Nuestra Señora del Valle” de la Comunidad Padre Misericordioso

Dirección: Dorrego 6130 (esquina Battle y Ordoñez). Rosario

Fecha: 09/09/2024

Horario: 17:15 hs

Duración: 57 minutos

Entrevista Nro 2:

Realizada al Trabajador social del DTC de la ciudad de Rosario

Dirección: Blvd. Seguí 5440

Fecha: 12/09/2024

Horario: 13:30 hs

Duración: 40 minutos

Entrevista Nro 3:

Realizada a la trabajadora social del DTC de la ciudad de Perez, Perteneciente a la organización Madres Territoriales Contra las Adicciones.

Dirección: LOS AROMOS 268 (Cabin 9 - Pérez) - CLUB DEFENSORES y la sede en Rosario en Bv Seguí 1375

Fecha: 12/09/2024

Horario: 17:25 hs

Duración: 37 minutos

Entrevista Nro 4:

Realizada a las trabajadoras sociales (2) del DTC de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez .

Dirección: Libertad 595 (esquina 12 de octubre)

Fecha: 30/09/2024

Horario: 18:30 hs

Duración: 33 minutos

A continuación se presenta la guía de preguntas utilizada para las entrevistas. Esta sirvió a modo de guía ya que se las mismas se realizaron de tipo semi-estructurada por lo que no se siguió al pie de la letra ni el orden ni la redacción de las siguientes.

Esta guía puede ser dividida en dos ejes. el primero como el eje que hace foco en el dispositivo y la organización en particular, el equipo, horarios etc. Y el segundo eje específico del Trabajo Social como profesión dentro del dispositivo.

- ¿Cómo se llama la institución? ¿desde que año funciona? ¿Pertenece o está vinculada a algún partido o asociación civil? Breve historización y presentación institucional.

- ¿A nivel Gestión? ¿Con qué niveles del Estado trabaja? ¿Bajo qué programa de la Sedronar trabaja? ¿Qué vínculo tienen con la Secretaría? ¿En cuanto a lineamientos de acción que rol tiene?

- ¿Qué estrategia de abordaje usan? ¿Abstencionismo o reducción de daños?

- ¿Cómo está conformado el equipo? ¿Cómo es la dinámica de funcionamiento de la institución? ¿Cuál es el horario de atención y cuantas horas dispone cada profesional? ¿En particular TS como es la modalidad de trabajo? ¿Cómo es la relación laboral y el método de contratación? ¿Esto tiene alguna relación con el abordaje de la problemática bajo esta modalidad?

- ¿Cuál es la población a la que asiste? ¿Cuál es el criterio y quien lo define? ¿Cómo llega esta a la institución? ¿Hay algún tipo de admisión/inscripción? ¿Cómo se nombra a la población (usuario, paciente, adicto)?

- ¿Se lleva algún registro particular de cada usuario, y de las intervenciones (historia clínica)?

- evaluación, ¿se hace? ¿cómo, en base a qué criterios u objetivos?)

- ¿Cómo se interviene sobre la problemática en general? ¿Cómo se piensan y se definen las distintas estrategias de abordaje? ¿Qué papel juega el sujeto y la comunidad en la definición de estas?

- ¿Se trabaja en red con otras instituciones? ¿ Del barrio solamente o con qué otras instituciones?

- ¿Qué inserción en el territorio y en la comunidad tiene la organización?

- ¿Tienen capacitaciones sobre la problemática?

En cuanto a la intervención específica del TS:

- ¿Cuáles son las principales estrategias del TS para intervenir?

- ¿Qué rol cumple el TS en el equipo?

- ¿Cuáles son las distintas estrategias de abordaje?

- ¿Cómo se juega en la intervención interdisciplinaria el aspecto de la especificidad de la profesión?

- ¿Cuáles son los obstáculos que se presentan a la profesión en este modelo de abordaje integral y comunitario?

- ¿Qué ventajas o potencialidades brinda este nuevo modelo que puedan ser beneficiosas para el desarrollo de la profesión?

- ¿Hay lugar a innovar en este modelo o limita la intervención?

- ¿Donde se puede ver concretamente en la intervención la dimensión de lo comunitario, y donde la dimensión territorial? ¿Qué le aportan estas nuevas dimensiones a la intervención de los consumos problemáticos ?

si es que trabajan con reducción de daños

-¿Cómo influye la estrategia de reducción de daños a la hora de intervenir en el territorio?

¿Qué beneficios aporta y cuales son las características que le faltan para ser más efectiva?

¿Cómo se habita el cambio de paradigma, del prohibicionismo/abstencionismo a la reducción de daños?