



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social

“Una aproximación a los diferentes Paradigmas de intervención sobre Consumo Problemático”

Romina Paula Lorenzo

Correo electrónico: rominapaulalorenzo@hotmail.com

Tesina de Grado

Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Patricia Tobin

Rosario

2019

Índice

<u>INTRODUCCIÓN</u>	2
<u>CAPÍTULO I:</u>	
“Cuáles son las diferentes teorías y paradigmas que se fueron construyendo históricamente con respecto al tema del consumo problemático”	4
Diferentes Modelos de abordaje que se fueron dando históricamente.....	8
Diferentes Formas de abordaje.....	13
<u>CAPÍTULO II</u>	
“Legislaciones que impactan en la temática”	21
<u>CAPÍTULO III</u>	
“Instituciones que abordan la problemática”	31
Organizaciones no gubernamentales.....	31
Instituciones a nivel Nacional.....	37
Instituciones a nivel Provincial.....	46
Instituciones a nivel Local.....	49
<u>CAPÍTULO IV</u>	
“Intervención del trabajo social”	57
<u>REFLEXIONES FINALES</u>	66
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	72
<u>ANEXOS</u>	80
Anexo I.....	80
Anexo II.....	96
Anexo III.....	113

Introducción

El espacio de la práctica pre-profesional de 5to año, realizada en el Centro de Salud Emaús, ubicado en la zona noroeste de Rosario, nos permitió visualizar la problemática de consumo de sustancias en la población. Principalmente se pudo observar en el grupo de los jóvenes, ya que gracias a la participación en el programa Nueva Oportunidad, nos facilitaba el acercamiento a este grupo etario.

Es a partir de allí que se instaló la necesidad de explorar y conocer la complejidad y las diferentes formas de abordaje que hoy se debaten en la intervención del trabajo social. Por lo tanto, el presente trabajo tiene como propósito profundizar en los diferentes paradigmas y estrategias con respecto al tema del consumo problemático.

Para lograr este objetivo se procedió a recuperar información de diferentes posturas que nos marcan la construcción del objeto de estudio de diferentes maneras. Estas posturas tienen que ver con la construcción histórica que se fue dando a lo largo del tiempo. Y con ellas, las legislaciones que van dando marco a las diferentes miradas.

En el primer capítulo, se desarrolla un análisis sobre la construcción social establecida hacia el consumo de sustancias. Luego nos detendremos en exponer los diferentes modelos de abordaje que se fueron dando históricamente, para poder entender desde que sustento se construyen las diferentes miradas a la hora de intervenir. Por último, focalizamos dicho análisis en las propuestas de intervención que actualmente están en vigencia, el modelo Abstencionista-Prohibicionista y el modelo de Consumo Problemático que va acompañada con la estrategia de Reducción de Riesgos y Daños.

El segundo capítulo, está centrado en realizar un recorrido histórico por la legislación sobre el consumo de sustancias psicoactivas, la ley de salud mental y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). Las leyes, en los diferentes momentos históricos construyen diferentes miradas y formas de abordaje sobre dicha problemática. Y por sobre todo, es interesante notar las idas y vueltas que se fueron dando en base a los fallos judiciales por las diferentes posturas hacia la penalización de consumo o no.

En el tercer capítulo, se detalla el trabajo que vienen haciendo algunas de las instituciones que trabajan sobre el consumo problemático de sustancias. La elección no fue al azar, se optó por elegir las que trabajen la problemática desde un abordaje en Reducción de Riesgos y daños. Tomamos como ejemplo establecimientos de orden Nacional, Provincial y Municipal, como así también ONG.

En el cuarto capítulo, realizamos un análisis del consumo problemático desde el trabajo social, con los aportes de los modelos Sociocultural y del modelo Consumo Problemático. Las estrategias de reducción de Riesgos y Daños nos brindan diferentes formas de abordaje para la intervención en dicha problemática.

En las reflexiones finales, planteamos diferentes conceptos que consideramos importantes para nuestra intervención en consumo problemático. Luego, tomamos el programa Nueva Oportunidad como ejemplo para explicar una estrategia integral y territorial que aborda las problemáticas de los jóvenes, entre ellas el consumo de sustancias. Por último, realizamos una breve reflexión sobre el contexto en que hoy viven los jóvenes y los aportes de dicho programa, con algunas humildes sugerencias de cambios.

Capítulo I

Cuáles son los diferentes teorías y paradigmas que se fueron construyendo históricamente con respecto al tema del consumo problemático.

En la sociedad consumista, en la que vivimos actualmente, los jóvenes son empujados a consumir bienes y servicios no esenciales para poder pertenecer y tener status, ésta ejerce una gran presión que muchas veces no es posible manejar. La cultura de la sociedad de consumo promueve a consumir para poder sentirse incluido.

“En las últimas décadas, la aplicación de políticas neoliberales produjo procesos de exclusión que trajeron aparejada una importante fragmentación social y el aumento de la violencia estructural. (...)Desde los años 60’, el consumo de sustancias psicoactivas ha ido en continuo aumento. Sin embargo, es a partir de los años 90’ que esta problemática se convierte en una clara manifestación sintomática de malestar, asociándola progresivamente y cada vez con más fuerza a otros conflictos sociales, tales como la violencia, la deserción escolar, la delincuencia, el VIH SIDA. La forma que asume el rechazo social al aumento del consumo de drogas en la población juvenil surge de analizar el fenómeno de manera aislada y parcial, sin considerar que el mismo se da en un contexto caracterizado por el estímulo de prácticas de consumo desenfrenado e indiscriminado, en el seno una sociedad que precisamente tiene al consumo de bienes y servicios como base de sustento económico y como fuente de su crecimiento. Cotidianamente, desde los medios masivos de comunicación y desde los grupos de pertenencia, se fomentan la compra y el uso de bienes no estrictamente necesarios, si no a efectos de “ser”, “pertenecer”, en síntesis, “tener para ser”. Así, se promueve la satisfacción individual a partir de prácticas regidas por la inmediatez, que cobran mayor envergadura ante un contexto de crisis de las figuras de autoridad y ante la dificultad de los sujetos para encontrar y orientarse por ideales. Por un lado, entonces, experimentamos esa presión, la presión para consumir cada vez más, pero por el otro, se pretende impedir un consumo en particular, por juzgarlo como malo o dañino para el individuo, para la sociedad toda. Esta actitud resulta claramente contradictoria, produciéndose en consecuencia una evidente *fractura entre un*

discurso y otro. Como sociedad, estamos alentando el consumo generalizado de todo tipo de bienes y servicios pero al mismo tiempo intentamos prescribir el no consumo de las drogas, bajo el alerta permanente sobre los riesgos y daños de todo calibre que trae aparejado, además de los castigos de toda naturaleza. Y para ello, hacemos foco en los jóvenes sin considerar lo involucrados que estamos los adultos en esta contraposición entre el decir y el hacer, entre el prescribir hacia los jóvenes el no consumo, en tanto éste se realiza en la población adulta”¹.

Para poder introducirnos en el tema del consumo problemático es necesario poder definir el término de drogas, tomaremos lo que la Organización Mundial de la Salud² define científicamente por el concepto “*Droga es toda sustancia, que poco tiempo después de ser incorporada en el organismo, produce una modificación de sus funciones*”.

A partir de dicha de definición queda claro que muchas son las sustancias que podríamos considerar como drogas. La distinción que vamos a realizar es de las llamadas drogas psicotrópicas “que son las sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central, modificando las percepciones y/o las conductas. Si consideramos las sustancias psicotrópicas, psicoactivas o psicomoleculares (a veces mal llamadas estupefacientes) podemos afirmar que: Existen muchos tipos de drogas. Además de la marihuana, la cocaína, el Paco, el LSD y otras. También son drogas el tabaco, el alcohol, las pastillas para dormir, las anfetaminas. Algunas drogas son de origen natural, producidas a partir de vegetales (marihuana, alcohol) y otras son de origen sintético o artificial (ketamina, éxtasis) sin que esto implique que causen mayor o menor problema al momento del consumo.”³

Como mencionamos anteriormente la sociedad tiene mucha implicancia en la construcción de cómo se aborda el tema de las drogas, referenciamos que el contexto social en el que estamos insertos influye en las conductas que las personas tienen hacia los consumos. Y ahora analizaremos la clasificación social de las drogas, dicha clasificación es la que la sociedad en un tiempo y lugar establece como tal.

¹ Ryan, Susana. *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.2009.pag 8-9

² http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf

³ Ryan, Susana.*op.cit*.pag.15

“La clasificación social divide a las drogas en: *LEGALES*: son las socialmente aceptadas, de producción y distribución dentro del circuito legal. Ejemplos de ellas son: el café, el mate, el tabaco, el alcohol. Dentro de las legales también se encuentran los medicamentos, pero dado que algunos de ellos tienen requisitos para ser adquiridos, se los diferencia como sustancias legales reguladas o bien intermedias (puesto que requieren de la intermediación de una receta debidamente extendida por un profesional habilitado). *ILEGALES*: son las socialmente prohibidas. La producción y distribución de estas sustancias se realizan a través de un circuito ilegal clandestino. En nuestra cultura, por ejemplo, son drogas ilegales la marihuana, el Paco, el éxtasis, la cocaína, el LSD, entre otras.”⁴

Hay que aclarar que a veces se tiene la presunción que si una droga es legal, no es dañina. Por el contrario, las drogas pueden causar daños independientemente de que sean prohibidas o permitidas, todo depende de cuánto, cómo, y dónde se las consume. (Ryan, 2009) “Dado que en la sociedad occidental actual se parte de la idea de que el uso/consumo de drogas es un “problema”, la respuesta más frecuente frente a él vino (viene) durante largas décadas de la mano del disciplinamiento social, lo que se tradujo en la *estigmatización* y la *discriminación* de las personas que llevan a cabo dichas prácticas. En la base de ambos conceptos está el de *estereotipos sociales*, que alude a creencias referidas a grupos, que son compartidas por los miembros de una cultura, por las que se adjudica un conjunto de atributos a un determinado grupo social. Cuando los estereotipos están ligados a evaluaciones negativas hacia determinados grupos sociales estamos en presencia de un *prejuicio*. La *estigmatización* mencionada más arriba es el proceso por el que los atributos negativos adjudicados a una persona o un grupo quedan fijados a su identidad como estables e inmutables, padeciéndolos los imputados como una carga difícil de sobrellevar. Cuando la estigmatización y el prejuicio implican la adopción de conductas de rechazo hacia grupos sociales específicos, en diferentes matices y dimensiones, hablaremos de *discriminación*.”⁵

⁴Ryan, Susana. *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.2009 .pag.15

⁵ Kornblit ; Camarotti y Di leo .*Prevención del consumo problemático de droga*. Buenos Aires, Ministerio de Educación; Unicef; Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2016. pag.4-5

Tomaremos las diferentes representaciones y estereotipos que tiene la sociedad frente al consumo de drogas, que se detalla en la investigación “Prevención del consumo problemático de droga” realizada por Ministerio de Educación de la Nación y otros (2016):

- *“Cuando se habla de la droga, como causa de muchos de los males sociales se está concibiendo a una sustancia, es decir, a una cosa como protagonista de un proceso, sin advertir que el consumo de drogas es una consecuencia de una serie de influencias que llevan a que las personas incurran en esa práctica. Por otra parte, hablar de la droga en singular lleva a no tener en cuenta las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos, así como a ocultar la importancia del consumo de las drogas cuyo uso está legalizado, especialmente el alcohol.”*
- *“Cuando se habla del flagelo de la droga se establece una relación entre, por un lado el castigo divino, la droga como castigo por una sociedad pecadora, y por otro se habilita una respuesta igualmente agresiva: al flagelo hay que combatirlo con medidas drásticas que depuren a la sociedad de este mal.”*
- *“Cuando se asocia el consumo de drogas a los jóvenes se limita el análisis del tema a la adopción de conductas por parte de un determinado grupo etario, ocultándose las raíces sociales que están influyendo para que ese grupo adopte tales conductas. Se niega así la responsabilidad de los adultos en la construcción del mundo que se les ofrece a los jóvenes, parte de los cuales pueden no encontrar cabida en él y, asimismo, se ocultan los consumos de drogas que llevan a cabo los adultos.”*
- *“Cuando se habla de la escalada del consumo de drogas se introduce un esquema determinista y unicausal en el que nuevamente la droga es el agente activo: el sujeto nada puede hacer frente al poder de la sustancia, que lo conduce a consumos cada vez más perjudiciales para sí mismo y para los demás. Por otra parte, si, como se dice, se empieza por alcohol, se sigue con marihuana y se termina en las drogas llamadas duras, como cocaína, etc., ¿cómo se explica que exista un gran número de personas que toman alcohol, en mayores o menores cantidades, y no pasan a otras drogas? Lo mismo se podría aducir con respecto a la marihuana o al éxtasis.”*

- *“Cuando se habla del vínculo causal entre consumo de drogas y criminalidad como si las drogas llevaran a cometer actos delictivos se establece una relación espúrea, dado que las dos variables están a su vez, en muchos casos, asociadas con marginalidad. No hay nada que pruebe que un acto criminal no hubiera tenido lugar si el individuo no hubiera estado bajo el efecto de una droga. Por otra parte, si las drogas fueran “criminógenas”, ¿cómo explicar que la mayoría de los usuarios de drogas tanto ilícitas como lícitas no cometen crímenes o actos violentos?”*

Diferentes Modelos de abordaje que se fueron dando históricamente

Una vez que ya caracterizamos como la sociedad construye los estereotipos sobre los consumidores de drogas, vamos a plantear los diferentes modelos que se fueron dando históricamente para el abordaje sobre el consumo problemático. Cada uno de ellos concibe al sujeto de diferentes maneras así como también a la sustancia.

Es importante tener en cuenta que estos modelos no se dan en la realidad de manera concreta, sino que son diferentes posicionamientos que sirven como guía. Para una información completa sobre cada uno de los modelos citaremos los conceptos del *Informe 2015* realizado por Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015).⁶

Modelo Ético-Jurídico

“Surge hace más de cien años y es cronológicamente el primer modelo preventivo asistencial. El eje de análisis está puesto en la sustancia psicoactiva. Las sustancias psicoactivas (para este tipo de discurso: las drogas) son la causa de todos los males individuales y sociales, un flagelo compuesto de drogas, delincuencia, vicio. En este análisis el sujeto es un actor secundario, que se convierte en un objeto dominado por la sustancia psicoactiva. Como se trata de un modelo principalmente jurídico, su consideración de las sustancias está determinada por el criterio de legalidad, y por eso resulta primordialmente punitivo. Hay sustancias lícitas y sustancias ilícitas. Las segundas, resulta evidente, constituyen el “problema droga”. Según esta concepción, entonces, el consumidor de drogas ilícitas viola la ley y se convierte en un transgresor. De esta manera, la dimensión contextual queda reducida a la dimensión normativa

⁶ Dicho texto utilizó los aportes para el desarrollo de los cuatro primeros modelos de HELEN NOWILS. *La verdad sobre la droga. La droga y la educación*. Ed. Unesco. 1975. Pág. 13-19

(nada se dice de lo social, es decir, de ese contexto social que se hace texto subjetivo a nivel de la subjetividad), y la clasificación entre normales y desviados organiza el encuadre. Las categorías epistémicas que dominaban y dominan este tipo de análisis suelen ser: flagelo, delincuencia, vicio, desviación, anormalidad, etc.”

“Tratándose de un modelo punitivo, tanto la reducción de las sustancias psicoactivas a partir de la prohibición de su oferta, cultivo, elaboración, fabricación, distribución y venta como la penalización del consumidor son estrategias centrales. En ambos casos, son estrategias abstencionistas. Resabio de este modelo es la Ley Nacional 23.737, que penaliza en nuestro país la tenencia de sustancias psicoactivas ilícitas para consumo personal.”

Modelo Médico-Sanitario

“Este modelo surge a mediados del siglo XX y es una suerte de derivación del esquema preventivo-asistencial vinculado con las enfermedades infectocontagiosas. Se trata de una mirada médico-epidemiológica; por eso mismo, las adicciones son leídas en clave de enfermedad y el consumidor de drogas, como enfermo (no como transgresor y/o delincuente). En sintonía con el modelo ético-jurídico, el eje del análisis recae en la sustancia y no en el sujeto. Sin embargo, la causa del fenómeno no es pensada bajo un criterio normativo sino en conexión con su toxicidad o potencial adictivo, es decir, en relación con sus efectos clínicos (pero en cualquier caso, esos efectos siempre son leídos negativamente). Por eso mismo, la distinción entre sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas no resulta relevante para esta concepción, de modo que el alcohol, el tabaco y los medicamentos en general forman parte de lo que se construye como problema.”

“El modelo médico-sanitario se relaciona íntimamente con el pensamiento médico-hegemónico: comparten, a grandes rasgos, la misma concepción de salud como contraria a la enfermedad. La consideración del contexto en el análisis del modelo médico-sanitario hace eje en los actores de diverso tipo que pueden estar vinculados con grupos y/o poblaciones de riesgo, como niños y jóvenes, por ejemplo. Es decir, el entorno se lee en los mismos términos en que se leen las enfermedades infectocontagiosas: población de riesgo, contagio, contaminación. De esta manera, las estrategias de la salud pública son asimiladas a instancias de control y disciplinamiento sociales. Como la pretensión es evitar el consumo de la sustancia entendida como causa de todos los males individuales y sociales, su estrategia también es abstencionista.

La abstención aquí no se trata, sin embargo, de la sanción normativa sino de la comunicación - fundamentalmente a partir de campañas publicitarias- de los “daños” producidos por el uso de sustancias psicoactivas.”

Modelo Psico-Social

“A diferencia de las perspectivas ético-jurídica y médico-sanitaria, el esquema psico-social se concentra en el sujeto -o más precisamente, en el vínculo que ese sujeto construye con la sustancia-, y éste se convierte en el protagonista principal del análisis. Por eso mismo, tanto la condición lícita o ilícita como el estatus farmacológico de las sustancias son asuntos necesarios pero secundarios. Como consecuencia de esta modificación en el análisis (de la sustancia al sujeto), surgen una serie de conceptos -por ejemplo: uso y/o abuso de sustancias psicoactivas o adicciones- que permiten introducir una distinción entre consumo problemático y consumo no problemático, lo cual, no hay dudas, es incompatible con los dos primeros modelos tematizados.”

“El consumidor problemático tiene estatuto de enfermo. Pero la genealogía de ese consumo problemático no se explica como consecuencia del contacto del sujeto con la sustancia sino como síntoma de un malestar previo que el sujeto tiene con su medio social (familia, entorno, grupo de pertenencia, etc.). Si bien este modelo conlleva un avance en la medida en que pone énfasis en el sujeto y de esta forma destaca su vínculo con la sustancia, no contempla la dimensión social. El sujeto es considerado un enfermo, como mencionamos, y la génesis de esta enfermedad es psicológica, razón por la cual la lógica establecida En este modelo puede tender al psicologismo individualizante.”

Modelo Socio-Cultural

“Este modelo -que también surge durante la década de los '80- pone el énfasis en la dimensión macro-social. Entonces, las causas del consumo problemático y no problemático de sustancias psicoactivas se describen como cualquier hecho o fenómeno social. Las estructuras sociales y sus factores socio-culturales y socio-económicos son los recursos, primeros y últimos, tenidos en consideración. Así, según esta mirada, el análisis de las diversas formas de presión, influencia y/o condicionamiento de lo social sobre el individuo parecen echar luz sobre este tipo de fenómeno. Cualquier exponente de este modelo podría sostener que “la droga funciona como evasión de la realidad” y es un síntoma de una sociedad en crisis. O si lo pensamos desde los

individuos, en la manifestación de la imposibilidad de esa sociedad de ofrecer a esos individuos un proyecto existencial.”

Los modelos que siguen a continuación son tomados del libro *Prevención del consumo problemático de drogas, desde el lugar del adulto en la comunidad educativa* (2009)

*Modelo Ético Social*⁷

“A partir los cuatros modelos hasta aquí descriptos, se inició en Latinoamérica un análisis crítico de los enfoques vigentes. El FAT (Fondo de Ayuda Toxicológica) de Buenos Aires presentó en el año 1974 el Modelo Ético Social a la UNESCO. Su perspectiva, inscripta en una sociología crítica, no niega la validez de los enfoques parciales anteriores, sino que los integra en una síntesis superadora. Este modelo se refiere a la problemática del uso indebido de drogas y toma en cuenta no sólo la interacción de la tríada sustancia-persona-contexto, sino también la preocupación por la existencia, por el sentido de la vida. Considera que la enseñanza para la prevención de la drogadicción necesita de un “hilo conductor” a partir del cual la complejidad de los análisis adquiera sentido. Para determinar los alcances de una “ética social” afirma que es necesario construir un proyecto grupal.”

“Plantea una ética social a partir de la cual es factible conducir un fenómeno o proceso histórico, sin dejar de lado la multiplicidad de significaciones que de por sí implica el análisis de la drogadicción en el mundo actual. Tiene como premisas:

- 1) La felicidad es producto del tiempo creador.*
- 2) La enseñanza preventiva en drogadicción debe dirigirse, preferentemente, a los educadores y padres.*
- 3) La metodología de enseñanza debe tender a un “circuito de aprendizaje” que posibilite el desarrollo de un proyecto común entre educadores y alumnos.”*

⁷ Cita tomada del texto: Ryan, Susana. *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires. 2009 .pag.23 “Un grupo de profesionales de FAT, bajo la dirección del Prof. Dr. Alberto I. Calabrese, desarrolló el «modelo ético social». Dicho modelo fue presentado ante la UNESCO y recomendado por este organismo internacional como **modelo de prevención primaria aplicable a Latinoamérica**, y en especial a la República Argentina, en lo concerniente a la educación relativa a las drogas”

Modelo Multidimensional

“El Modelo Multidimensional considera el consumo como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia (elemento material), los procesos individuales del sujeto (su posición en relación con la sustancia) y la organización social en que se produce el vínculo de los dos elementos anteriores, incluyendo las dimensiones política y cultural. Se analizan los factores de riesgo y de protección como condicionantes que pueden, aunque no necesariamente, incidir en el consumo. Por lo tanto, el modelo preventivo apunta a la interrelación dinámica entre las características individuales, las del entorno cercano (familia, grupo de pares, etc.) y las del entorno macrosocial.”

“Siguiendo a estos dos modelos es que nuestro enfoque plantea para la prevención una intencionalidad transformadora al problematizar el significado social del consumo de drogas. Incorpora así la necesidad de articular acciones interdisciplinarias e intersectoriales, reivindicando el protagonismo de todos los actores sociales. La prevención no distingue entre “preventores y desprevenidos”; la trama social se fortalece o se debilita merced a una acción conjunta. De allí que intentar una aproximación al tema implica necesariamente prestar atención a los diversos mecanismos sociales puestos en juego y develar qué hay “más allá” de la percepción social generalizada. Desde esta conceptualización, la prevención no se concibe únicamente como una actividad linealmente orientada a la búsqueda de un efecto (reducción del consumo de drogas), sino como un replanteo global del lugar desde el cual el conjunto social encara la comprensión y la resolución de sus problemas.”

“Por esto la prevención no se postula como una “lucha en contra de”, sino como “promoción”: promoción de alternativas, de protagonismo, de fortalecimiento de redes sociales, sentando sus postulados básicos en:

- *El compromiso ético.*
- *La participación.*
- *La recuperación del sentido, siendo el tiempo libre el ámbito privilegiado por su posibilidad creadora.*
- *La construcción de un proyecto personal y articulado en lo grupal y social.*
- *La escucha como posibilitadora.*
- *La responsabilidad individual y social.*

- *La noción de prevención tradicional se amplía con la educación preventiva, que incluye la prevención no específica, entendida como promoción comunitaria.”*

“En lo metodológico postula una dinámica eminentemente participativa, circular, tendiente a la elaboración de un proyecto grupal. Esto sólo puede concretarse a partir de promover y potenciar los proyectos individuales, inscribiéndolos al mismo tiempo en un proyecto común. La propuesta de este modelo es la de operar sobre la comunidad fomentando su integración en un proyecto solidario, alentando el trabajo en red en beneficio de la comunidad toda. Un proyecto preventivo construido desde este enfoque tiene como objetivo el logro de la participación de la comunidad en actividades tendientes a la autogestión.”

Formas de abordar esta temática

*“Existen dos propuestas para dicho abordaje, las prohibicionistas y las de reducción de daños. Las primeras son las que han prevalecido desde fines del siglo XIX y la denominada reducción de daños se desarrolló desde mediados de la década de 1980 a través de actividades puntuales”*⁸. Sin embargo, estas propuestas no se toman de forma única y acabada. Son aproximaciones que plantean diferentes formas de intervenir y pueden surgir diferencias al momento de ponerlas en práctica.

Utilizaremos la investigación realizada por el *Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones (2015)* para desarrollar las ideas de cada una de las estrategias

La estrategia Abstencionista-Prohibicionista

Esta estrategia pone especial énfasis en el objeto, es decir en la sustancia, como causa del consumo. Por lo tanto, es un objeto prohibido. El sujeto tiene poca participación. Lograr la abstinencia es la condición de inicio del tratamiento. Se desarrolla en comunidades terapéuticas, sobre todo en las comunidades cerradas.

Utilizan dos tipos de estrategias preventivas, una de ellas son las campañas publicitarias de prevención. “En su mayoría -con variantes y matices-, ubican la sustancia como eje central, y así surgen eslóganes como: *las drogas controlan tu vida, viaje de ida, no te dejes caer en los*

⁸ Menéndez, Eduardo L. “Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos” En *Salud Colectiva*, vol. 8, núm.1. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. , enero-abril, 2012 pág. 11. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73123964002.pdf>.

vicios que quieren aprovecharse de vos”⁹. Allí dejan entrever que el sujeto es un títere que se deja manipular pasiva y dócilmente por la sustancia. También mencionan que algunas drogas son la puerta de entrada para otras más tóxicas, remarcando que las sustancias son las que dominan al sujeto. “Las publicidades que afirman que la droga enferma y mata dejan entrever el discurso médico-sanitario. Aquellas que apelan al flagelo como metáfora de la droga suelen explicitar el discurso ético-jurídico, es decir, la droga como un mal, una falla moral, algo ilegal. Campañas de esta índole comprenden, en la misma operación, dos propensiones: por un lado, a la pasividad del sujeto, que se deja manejar por la droga y se contrapone a un sujeto activo y responsable.”¹⁰

“Otra estrategia preventiva, son las charlas informativas en las que se explicitan los efectos toxicológicos de cada droga. Se puede constatar que algunas de estas estrategias terminan por promocionar la sustancia, no la salud.”¹¹ A lo que se apunta es la reducción de la oferta de droga.

En síntesis estas intervenciones apuntan al objeto. Parten de la idea 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.”¹² Como mencionamos anteriormente, 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. 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.”¹³

Consumo problemático

Siguiendo la línea que planteamos al principio del capítulo, volvemos hacer referencia que vivimos en una sociedad de consumo donde todos consumimos distintos bienes y servicios. Y el consumo problemático es una problemática más entre las emergentes de dicha sociedad. “El consumo de sustancias se inscribe como parte de un tejido social donde se consumen todo tipo

⁹ Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015. pág 8

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones. *Op.cit.*, pág. 9

¹² *Ibíd.*

¹³ *Ibíd.*

de objetos. Consumos que permiten a muchos jóvenes sentirse incluidos en determinados contextos, aunque de forma ilusoria y de las maneras más precaria.”¹⁴

Al hablar de consumo problemático estamos sacando el foco del problema en la sustancia y trasladándolo al vínculo que los sujetos establecen con determinado objeto, sea sustancia psicoactiva o no. La idea es poder reflexionar sobre la relación compulsiva que tiene el sujeto con un determinado objeto que afecta la salud psicofísica y principalmente el lazo social. “La apuesta es alejarnos de una mirada estigmatizante hacia los sujetos que consumen sustancias para hacer eje en la restitución de derechos y la reconstrucción del lazo social a través de la salud comunitaria como una propuesta superadora.”¹⁵ Con la noción de consumo problemático lo que se intenta es remover el estigma del término *adicto*, que tradicionalmente se vinculaba a los sujetos que había que sacar de la comunidad para que hicieran un tratamiento por ser considerados *enfermos o delincuentes*. “La noción de consumo problemático forma parte del paradigma de salud integral que propone la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, donde la sustancia no es el aspecto central sino la restitución de derechos humanos y sociales de los sujetos que atraviesan por situaciones de consumo.”¹⁶

La principal característica del consumo cuando se torna problemático es cuando el conflicto comienza a ser la misma persona que se comporta de manera distinta. A medida que aumenta la frecuencia del consumo se dificulta el sostenimiento de los vínculos interpersonales en diferentes ámbitos cotidianos.

La Lic. Susana Ryan (2009) detalla los factores predisponentes y factores desencadenantes que pueden llevar al consumo problemático:

Entre los factores que predisponen a la adicción, podemos mencionar algunos, tales como:

*”Factores sociales: indiferencia institucional, ausencia de proyectos, falta de compromiso, descreimiento.”

*”Factores familiares: dificultades para comunicarse, ausencia de pautas y límites claros, falta de momentos para compartir, poca contención.”

¹⁴ Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015, pág. 117

¹⁵ Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones. op.cit, pág. 114

¹⁶ *Ibíd.*

*"Factores individuales: estructura psicobiológica de cada individuo."

La relación entre los factores sociales, familiares e individuales puede predisponer para la emergencia de prácticas adictivas, pero en general es necesaria, además, la aparición de alguna situación de crisis, de un factor desencadenante. Estas situaciones pueden ser diversas: frustraciones, problemas, carencias afectivas, crisis evolutivas, pérdida del trabajo, mudanza, pérdida de un familiar, de un amigo, de la pareja, fracaso escolar, etc.

"Los factores desencadenantes son situaciones que generan angustia y que si no se elaboran adecuadamente pueden llevar, como síntoma del problema no resuelto, a este tipo de consumo problemático de drogas." Por lo tanto, la adicción es la manifestación de la conjunción de diferentes factores. A partir de ello, debemos inferir que es un síntoma visible que apunta a otra problemática.

Volvemos a retomar los vínculos que las personas tienen con las sustancias, ya que consideramos necesario profundizar en el tema.

Hay diferentes *tipos de vínculos* y no todos ellos son adicciones, ni necesariamente problemáticos. "Ante un determinado consumo, la posibilidad de generar mayor o menor problema para la persona o para la comunidad está dada por el vínculo que la persona establece con la sustancia en un determinado entorno. Por ello es necesario preguntarse quién consume, cuánto consume, dónde consume, cuándo y por qué los hace."¹⁷

Para analizar los diferentes niveles de consumo de acuerdo al vínculo que establece la persona con la sustancia es necesario tener en cuenta que esta relación puede ser de uso, de abuso o de adicción. El hecho de que la droga sea legal o ilegal tiene independencia respecto de esta clasificación. Para entender los diferentes tipos de relación la autora Susana Ryan, los explica de esta manera:

USO: todas las personas utilizamos drogas, a través de infusiones, cuando estamos enfermos o incluso cuando tomamos una copa de bebida alcohólica durante la comida. También se puede ser usuario de drogas ilegales. La característica del "uso" es que es siempre esporádico y

¹⁷Ryan, Susana. *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.2009 pag.16

ocasional, pero también se puede hacer un uso correcto o incorrecto. Por ejemplo, una persona que eventualmente consume alcohol y luego conduce un vehículo. O alguien que decide probar alguna sustancia alucinógena (droga ilegal) exponiéndose a los efectos y a cantidades que puedan derivar en una sobredosis. El uso esporádico también puede ser problemático.

ABUSO: el abuso de drogas puede darse con sustancias tanto ilegales como con legales. La característica del “abuso” es que en general se consumen en exceso y con cierta periodicidad. Abusar de drogas es por ejemplo, tomar medicamentos no recetados o en dosis mayores que la indicada; o beber alcohol en exceso. Hay una intencionalidad en el vínculo, que es consumirla para lograr algo, por ejemplo reducir la fatiga, mejorar el ánimo, divertirse.

ADICCIÓN: “la adicción” es cuando una persona siente o cree que no puede vivir sin la sustancia y la utiliza de forma permanente y de manera compulsiva. Cuando depende física y/o psíquicamente de ella. Se puede ser adicto tanto a drogas ilegales como legales.

Para profundizar un poco más en el concepto de adicción hay que tener en cuenta que cuando hay adicción a una sustancia, se produce también *dependencia* a ella. En estos casos, las drogas se tornan indispensables en la vida cotidiana de quienes las consumen, no ya por el placer de consumirlas, sino para evitar el displacer que su ausencia causa en la vida del consumidor. Y por lo tanto, el consumo en estos casos pasa a ser consumo problemático. “La *Dependencia es el estado psíquico o físico, provocado por el consumo continuo y reiterado en el tiempo de una sustancia*. Siempre que se haya generado dependencia a una sustancia, ante la supresión del consumo se hará evidente *el síndrome de abstinencia o de retirada. Síndrome de abstinencia, síndrome de retiro o estado de necesidad*: son los trastornos psíquicos y/o físicos que surgen al interrumpir la administración de una droga cuando existe en el sujeto un estado de dependencia.”¹⁸

En cuanto a lo desarrollado hasta ahora, ya podemos ver que si bien consumidores somos todos, algunos de estos consumos se pueden tornar problemáticos.

¹⁸ Ryan, Susana. *Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires.2009 .pag.17

La estrategia de Reducción de Riesgos y Daños.

“Dos hechos fundamentales condujeron a que, en los últimos treinta años, varias corrientes internacionales de la reducción de riesgos y daños hayan ganado fuerza: (1) en Europa, los costos sociales, sanitarios y económicos que demanda el HIV/SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas son superiores a los daños producidos por la sustancia misma; (2) el fracaso de las políticas de tolerancia cero y su inconmensurable costo social, jurídico y sanitario, que se traduce en población joven arrojada a la marginalidad, a la reclusión carcelaria, al incremento del consumo, de las intoxicaciones en virtud de las prácticas clandestinas de uso y del tráfico de drogas”¹⁹

“Una de las características más importantes de la reducción de riesgos y daños es la posibilidad de disminuir la entrada a la adicción y los riesgos asociados con el consumo.”²⁰ Dejar de consumir no es una condición para el inicio del tratamiento. Por el contrario, se trata de orientar a la persona, que eventualmente no puede o no quiere dejar de consumir, para que pueda con la ayuda del profesional disminuir los riesgos que están vinculados con el consumo. Estos riesgos pueden ser: “(1) de la salud, como la transmisión de enfermedades; (2) sociales, por ejemplo, la estigmatización, la vulnerabilidad social; (3) legales, como la penalización por la tenencia de estupefacientes.”

Desde este posicionamiento se considera al sujeto activo y responsable, debe tener participación en su propio tratamiento y debe ser accesible para él. Es un sujeto al que se le deben

¹⁹Cita tomada del texto: Instituto de investigación sobre jóvenes, violencia y adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015.pág 9
“Las estrategias de reducción de riesgos y daños se han combinado, en algunas experiencias, con abordajes conductistas y otros de orientación teórica diversa. Por ejemplo, en términos de política pública, en la actualidad se lleva adelante en Suiza un programa titulado *Droga por droga*, que consiste, fundamentalmente, en administrar la sustancia (en este caso, la heroína) por medio de profesionales y en buenas condiciones sanitarias, con lo cual se reducen los riesgos diversos presentes desde la obtención de la droga de un narcotraficante, las mezclas o productos tóxicos que puede haber, hasta el uso de jeringas descartables, etc. Naturalmente esta aplicación de la estrategia puede funcionar en un determinado contexto espacio-temporal y no en otro, aunque se parta de la misma matriz conceptual. Hacemos hincapié en que es insoslayable el pensamiento de una estrategia en clave de época y situación, y no se deben desconsiderar los resultados a menudo nefastos de la mera importación de estrategias”

²⁰Cita tomada del texto: Instituto de investigación sobre Jóvenes, Violencia y adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015.pág 9
“Esta estrategia, que surge como alternativa al modelo abstencionista-prohibicionista, tiene como principal antecedente histórico la creación del Comité Rollerston en 1926 en Inglaterra. Dicho comité generó estrategias de intervención que consistían en la prescripción de heroína y cocaína como parte integrante del tratamiento, que favorecería la desintoxicación progresiva. Esta experiencia -que se disolvió en la Segunda Guerra Mundial- dejó su huella en la tradición de los médicos ingleses y sentó las bases para lo que en los años '80 vino a constituirse en tanto política pública y a llamarse *reducción de riesgos socio-sanitarios vinculados al uso de drogas*”

brindar espacios de escucha para qué se pueda preguntar, qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo.

Partiendo del hecho que la persona que está consumiendo se encuentra en riesgo, ya que hay situaciones a las que se expone y hay cosas que no sabe. Lo que se intenta es brindarle información a esa persona sobre su propio consumo como así también a cuidarse. Por eso desde la estrategia de reducción de riesgos y daños, la prevención que se propone es una *prevención inespecífica*, “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, entramado contextual y textualmente.”²¹

Como su planteo principal es que dejar de consumir no consiste en el objetivo principal del tratamiento, emplea la estrategia de *umbral mínimo de exigencia o umbral mínimo de requerimiento*. “Dichas estrategias tiene como clave la no exigencia de abstención para el inicio del tratamiento, pero establece un piso mínimo de exigencia que debe cumplir quien quiera participar del tratamiento. (...) El horizonte está puesto en dejar de consumir de modo problemático. Siempre teniendo en cuenta que el umbral mínimo de exigencia debe ser definido en clave de época y situación.”²²

En otras palabras lo que se intenta es la disminución del ingreso al consumo problemático y los riesgos que de ahí devienen. Por que como afirma el *Documento oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje, elaborado en 2009* “Del universo de personas que consumen sustancias, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Estos quedarán reservados a sujetos que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social.”²³ Con esta información lo que queremos reforzar es la idea de que no se trata de poner el eje en la sustancia, sino en el vínculo que los individuos establecen con ellas en un contexto determinado.

²¹ Instituto de investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015 Pág. 10

²² Instituto de investigación sobre Jóvenes, Violencia y adicciones. Op.Cit .pág. 12

²³ http://www.criticadigital.com.ar/documentos/Informe_Oficial_Comite_Asesor_adicciones.pdf

Para poder abordar desde la singularidad del sujeto “*La noción de regulación del consumo es entendida ante todo como un movimiento en la posición subjetiva del paciente (...) Paulatinamente, el paciente es capaz de tomar ciertas decisiones respecto de su consumo. (...) Se espera que ciertos cambios subjetivos posibiliten un manejo del consumo.*”²⁴

Tenemos que considerar a las adicciones como una problemática que se inscribe en el campo de la salud mental, no distinguir entre sustancias lícitas e ilícitas y la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y por sobre todo su atención en los servicios de salud, son tres aspectos importantes para una propuesta de intervención en consumo problemático.

El consumo problemático es tema complejo y amplio por lo tanto debe ser abordado de manera interdisciplinaria e intersectorial, ya que una sola disciplina no responde acerca del padecimiento.

²⁴ Instituto de investigación sobre Jóvenes, Violencia y adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015.pág. 13

Capítulo II

Legislaciones que impactan en la temática

En este capítulo se intentará realizar un breve recorrido por las leyes que consideramos que fueron marcando los distintos abordajes en la temática del consumo problemático.

La criminalización de los usuarios fue una de las respuestas que implementó el Estado a través de la penalización de la tenencia y el consumo de sustancias. A través del tiempo hubo idas y vueltas pero el eje siempre giró en torno a la penalización.

Comenzaremos en el año 1924, *“cuando en la Ley 11309 se introduce el art. 204 del Código Penal, la sanción de las conductas de venta, entrega o suministro de alcaloides o narcóticos sin receta médica, y será recién en año 1926 con la Ley 11331 que se agrega a ese artículo el delito de tenencia, definido como el que no estando autorizado... tenga en su poder drogas... y no justifique la razón legítima de su posesión o tenencia”*. (Rozes, 2014:46)

Luego en el año 1968 *“ una reforma al código penal, Decreto ley 17567 art.204, introdujo una clausula que dejaba fuera de su régimen a quien tuviera en su poder estupefacientes o materias destinadas a su preparación en cantidades que no excedieran de las que corresponden a un uso personal”*. (Touzé, 2010:2)

En el marco de estas leyes se crearon dos dispositivos para el trabajar el abordaje del consumo de estupefacientes. *“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)

No pasaron muchos años para que una nueva ley 20.771 de 1974 vuelva a penar la tenencia para consumo personal, ya que *“reprimía con prisión de 1 a 6 años la tenencia de estupefacientes –incluida la destinada a uso personal–; además introdujo la posibilidad de*

imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa” (tratamiento compulsivo) a las personas dependientes.” (Corda, 2015:88)

En las décadas siguientes dos fallos marcaron diferentes respuestas sobre la tenencia de estupefacientes. Tomaremos la información del artículo *Argentina: ¿la reforma que viene?, por Graciela, Touzé (2010)* para exponer brevemente que fue lo que sucedió en cada uno de ellos. “En 1978 la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) en el caso “Colavini” condenó a la pena de dos años de prisión de cumplimiento en suspenso, y al pago de una multa, a un joven que había sido detenido por una comisión policial mientras circulaba por una plaza pública y al que se le secuestraron dos cigarrillos de marihuana”²⁵

Posteriormente una vez recuperada la democracia en 1983 “la Corte Suprema dictó el fallo “Bazterrica” en 1986 declarando la inconstitucionalidad del art.6 de la ley 20771 por invadir la esfera de la libertad personal. Por lo tanto, revocó la sentencia de un año de prisión en suspenso y multa por el delito de tenencia de estupefacientes”²⁶

“En los últimos días del año 1988 se firmó en Viena la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, que acentuó los aspectos penales del sistema internacional de fiscalización referido a esas sustancias, incluyendo –con reservas– la punición de la posesión para consumo personal. Al año siguiente se creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), organismo que se constituyó como el principal defensor de los postulados de la política sobre drogas.” (Corda, 2015:88)

²⁵ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 2 “En el fallo “Colavini” del 28 de marzo de 1978, entre los argumentos de la condena, los magistrados señalaban: Dada la deletérea influencia de la creciente difusión actual de la toxicomanía en el mundo entero, calamidad social comparable a las guerras que asuelan a la humanidad, o a las pestes que en tiempos pretéritos la diezaban y habida cuenta de las consecuencias tremendas de esta plaga, tanto en cuanto a la práctica aniquilación de los individuos, como a su gravitación en la moral y la economía de los pueblos, traducida en la ociosidad, la delincuencia común y subversiva, la incapacidad de realizaciones que requieren una fuerte voluntad de superación y la destrucción de la familia, institución básica de nuestra civilización, resultaría una irresponsabilidad inaceptable que los gobiernos de los estados civilizados no instrumentaran todos los medios idóneos, conducentes a erradicar de manera drástica ese mal o, por lo menos, si ello no fuera posible, a circunscribirlo a sus expresiones mínimas”.

²⁶ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 2 “En el fallo “Bazterrica”. Entre los considerandos de la resolución, se destacan tres argumentos: 1) El Art. 19 de la Constitución Nacional impide al legislador prohibir conductas que se desarrollan dentro de la esfera privada. 2) No está probado que la incriminación de la simple tenencia evite peligros concretos para el orden público. El Art. 6 de la Ley 20.771 castiga por lo tanto la mera creación hipotética de un riesgo. 3) La sanción penal aplicada al consumidor, no es un remedio eficaz para el problema que plantean las drogas.”

Ya en el año 1989 fue modificada la ley 20771 por la actual “Ley de Estupefacientes 23737 que en su art. 14 sanciona la tenencia de estupefacientes. En su primer párrafo, pena al que en su poder tuviere estupefacientes y en su segundo párrafo al que, por su escasa cantidad y demás circunstancias, surgiera inequívocamente que la tenencia es para uso personal. A su vez, en los arts. 17 y 18 prevé que, en los casos en que la tenencia sea para consumo personal y el encausado dependiera psíquica o físicamente del estupefaciente, el juez podrá aplicar a éste un tratamiento curativo para su desintoxicación y rehabilitación, con su consentimiento y dejando en suspenso el proceso, por el tiempo que requiera el tratamiento; y si es condenado, dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario, que no puede exceder la condena. Que acreditado el resultado satisfactorio del tratamiento, según sea, se lo sobresee o se lo exime de la aplicación de la pena. Si transcurridos dos años de tratamiento no se hubiera obtenido un grado aceptable de recuperación, se reanuda el proceso, pudiéndose llegar a la condena en el primero, o bien haciendo cumplir la pena en el segundo y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario.”²⁷

La aplicación de la nueva ley de estupefacientes se utilizó como un instrumento para la persecución y criminalización de los consumidores. Como señala Touzé (2012) Los principales argumentos para promover dicha ley se centraron en creer que la penalización del consumo resolvería el crecimiento de consumos ilegales. Otro de los argumentos se basaba en la idea que la persecución de los escalones más bajos en la cadena del tráfico ilícito conduciría al desbaratamiento de las redes criminales.

“Así, vigente la ley 23737 y bajo una nueva composición del Alto Tribunal, éste emitió en el año 1990 el fallo “Montalvo”, regresando por voto de la mayoría y con expresa mención a la jurisprudencia sostenida en el caso “Colavini” al reiterar que carecía de sustento sostener que la norma que reprime la tenencia de estupefacientes para uso personal atenta contra el principio de reserva del art. 19 de la Constitución Nacional” (Rozes, 2014:51)

En el año 2005 una nueva modificación a la ley de estupefacientes reafirma la mirada de criminalización y persecución de los consumidores. La reforma de “desferralización” apunta a “la adhesión voluntaria de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en materia de

²⁷ Rozes, Diego. *La criminalización de la tenencia de drogas para consumo personal ¿Solución o parte del problema?* Buenos Aires. El psicoanalítico.2014.pag 51

competencia, a fin de que las provincias opten por que la investigación en casos de comercio, distribución, almacenamiento o transporte de estupefacientes fraccionados en dosis destinadas directamente al consumidor, o en los casos de tenencia simple (artículo 14 de la ley 23.737) y tenencia de estupefacientes para consumo personal, lo que pasó a ser de competencia local. Lo mismo prevé para la investigación de los delitos establecidos en el artículo 29 de la ley 23.737 (que alude a la falsificación de recetas médicas) y en los supuestos contemplados en los artículos 204, 204 bis, 204 ter y 204 quáter del Código Penal”²⁸

Silvia Inchaurrega, directora del Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA (CEADS) de la Universidad Nacional de Rosario (2018), realiza un breve análisis de la implementación de la ley de desferralización. Ella plantea que la población más afectada serán los sectores más vulnerables y pagarán con su libertad la persecución de los delitos menores. Por esta razón el enfoque del problema no es el consumidor, ni el vendedor de drogas en pequeñas cantidades, ni la precaria habitación en la que se ofrece, o el soldadito que la custodia. En tanto, reafirma que *“hay que pensar en una política en la cual persecución del narcotráfico sea sinónimo de persecución de los que lucran con el negocio de la droga y no de quienes sobreviven en los márgenes de la ley gracias a las drogas y/o a pesar de ellas.”*

Como explica Touzé (2010), fue recién en el año 2007 cuando comenzaron a surgir una serie de medidas impulsadas desde el Ministerio del Interior, en la búsqueda de transformaciones para redefinir las políticas públicas en línea con los estándares de derechos humanos, tanto en la esfera penal como en los aspectos sociosanitarios. *“La creación del Comité Científico Asesor en Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja, oficializado”²⁹ en febrero de 2008, generó nuevas propuestas de modificaciones legislativas y de políticas públicas e instaló un clima de polémica por la posición oficial.”*

²⁸ Carrió, Elisa; Sanchez, Fernando; Terrada, Alicia y otros. *Estupefacientes-ley 26052, modificatoria de la ley 23737.Derogacion*. Buenos Aires. Cámara de Diputados. 2016.pág 1

²⁹ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 4 “Resolución N° 433 del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, 28 de febrero de 2008. La resolución ministerial definía las funciones y objetivos del Comité: a) Asesorar al Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, en todas las cuestiones propias de la materia; b) Elaborar e intervenir en los anteproyectos de reforma y actualización legislativa en la materia; c) Asistir técnicamente en las relaciones con organizaciones no gubernamentales, del ámbito profesional y académico que sean representativas en materia de drogas; d) Asesorar en el diseño de un plan que comprenda y coordine todos los segmentos de intervención del estado en el marco de esta competencia; e) Asesorar en la implementación de convenios de colaboración técnica con organismos públicos; f) Asesorar técnicamente en la coordinación de las actividades de cooperación jurídica nacional e internacional en la materia. g) Elevar al Ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, los informes, recomendando

“Esto fue evidente poco después, en la 51ª reunión de la Comisión de Estupefacientes en Viena, el 10 de marzo de 2008. Mientras el ministro de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Argentina aseveraba que la postura oficial del gobierno era la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal, recomendaba adoptar la reducción de daños como política de salud y planteaba que debía separarse la atención de la salud de la persecución del crimen complejo, la cooperación penal internacional, la eficiencia en las investigaciones de entregas vigiladas, el control riguroso de precursores químicos y el seguimiento de las rutas de dinero. El jefe de la SEDRONAR, José Ramón Granero, que condujo hasta diciembre de 2011 dicha secretaría, abandonaba molesto la sala de reunión, ya que él insistía en mantener la legislación punitiva.” (Touzé, 2010:4)

Poco después, el Comité Científico Asesor presentó su primer documento oficial con una cruda evaluación de la situación nacional: *“Los casi 20 años de la ley de estupefacientes, con sus múltiples reformas, la legislación administrativa y penal sobre lavado de activos y la regulación administrativa sobre precursores y sustancias químicas, no ha podido contener la realidad del aumento exponencial de la oferta y demanda de sustancias legales e ilegales a partir de los años 90’. La deslegitimación de un control legal basado principalmente en el derecho penal genera impunidad y al mismo tiempo la percepción social de que la sanción punitiva por excelencia alcanza a los más vulnerables y los más débiles, esto es el consumidor”³⁰.*

Touzé (2010) agrega que ésta última postura recibió un fuerte apoyo político cuando, durante la presentación de una encuesta nacional sobre consumo de drogas y ante la presencia de casi todos sus ministros, la Presidenta de la Nación, en ese momento Cristina Fernández de Kirchner, respaldó públicamente la iniciativa con esta frase: *“No me gusta se condene al que tiene una adicción como si fuera un criminal. Los que tienen que ser condenados son los que venden la sustancia”³¹.*

estudios y modelos de capacitación específicos en la materia para el PODER JUDICIAL DE LA NACION, EL MINISTERIO PUBLICO FISCAL DE LA NACION, LA DEFENSORIA GENERAL DE LA NACION, los poderes legislativos nacional y provincial, otras áreas del PODER EJECUTIVO NACIONAL, y académicas.”

³⁰ “La reforma integral a la ley de estupefacientes y la identificación de políticas sociales”. Documento oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja.

³¹ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 4 “Clarín, 30 de julio de 2008. Cristina respaldó la despenalización del consumo personal de drogas”

“Culminando este proceso, se creó en el ámbito de la Jefatura de Gabinete de Ministros, la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción, con el objeto de elaborar y proponer políticas públicas nacionales y regionales en materia de lucha contra la delincuencia organizada transnacional, el lavado de activos, la corrupción y el tráfico ilícito de estupefacientes, estableciendo espacios institucionales interministeriales, intergubernamentales e interregionales, asesorando en todos los aspectos al Jefe de Gabinete de Ministros, a fin de coordinar un accionar conjunto para la optimización de las políticas públicas”³².

En este contexto se da a conocer el fallo “Arriola” dictado en agosto de 2009 por la Corte Suprema de Justicia en donde *“resolvió los casos de cinco personas que fueron sorprendidas saliendo de una vivienda bajo vigilancia por comercio de estupefacientes. Estos consumidores fueron detenidos por personal policial a pocos metros del lugar, habiéndose encontrado entre sus ropas alrededor de tres cigarrillos de marihuana. La Corte, retomando los considerandos del fallo Bazterrica, declaró por unanimidad la inconstitucionalidad del famoso artículo, por afectar el derecho a la intimidad protegido por el artículo 19 de la Constitución Nacional. Los jueces entendieron que el derecho a la intimidad debía primar, pero establecieron cierto límite a la protección constitucional en la afectación de esa conducta a terceras personas.”³³*

La Corte fue más allá de la solución del caso penal, porque exhortó *“a todos los poderes públicos a asegurar una política de Estado contra el tráfico ilícito de estupefacientes y a adoptar medidas de salud preventivas, con información y educación disuasiva del consumo, enfocada sobre todo en los grupos más vulnerables, especialmente los menores, a fin de dar adecuado cumplimiento con los tratados internacionales de derechos humanos suscriptos por el país”*. (Corte Suprema de Justicia, 2009). El fallo de la Corte se puede interpretar como una sugerencia al poder ejecutivo para que sea más eficaz en sus políticas de drogas, y una solicitud de reformas en el sistema actual.

³² Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 4 “Decreto 1359 del 30 de septiembre de 2009.”

³³ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 2 Constitución Nacional. Artículo 19.- Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

A partir de este acontecimiento se instaló el debate de poder reformar la política de drogas en la Argentina. Aunque siguen existiendo resistencias, todo apunta que hay una postura firme en dejar de criminalizar a los usuarios de drogas. En este sentido desde fines del año 2011, con el cambio de titular de la SEDRONAR cambia la mirada y se comienza a considerar a los usuarios de drogas como sujetos de derecho, poniendo el eje en la persona. (Corda, 2015)

Seguidamente el fallo Arriola, que desplazó a los tenedores de drogas para consumo personal de la esfera penal, ubicó con claridad a la dependencia de drogas como un problema a resolver en el ámbito sanitario. “Con la promulgación de la ley nacional 26.567 de salud mental en el año 2010 se instaló un nuevo escenario para poder pensar la salud mental en general y los consumos problemáticos en particular, dado que reconoce que son procesos determinados por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. En el artículo 4º, la ley detalla: *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.* La consideración de las adicciones como una cuestión que se inscribe en el campo de la salud mental, la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas y la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y su atención en los servicios de salud son tres aspectos centrales para una propuesta actual de intervención en consumo problemático.”³⁴

“Aunque ya no se criminalizaría a los consumidores, podrían ser etiquetados como enfermos (mentales), y por lo tanto se correría el riesgo de medicalizar / psiquiatrizar a todo consumidor de drogas. En este sentido, es importante remarcar la distinción que algunos documentos oficiales y proyectos de ley realizan entre “consumos” y “consumos problemáticos”, así como el énfasis en el resguardo de los derechos de las personas con padecimiento mental, entre las que se ubican aquellas con usos problemáticos de drogas.”(Touzé, 2010:6)

³⁴ Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015. pág 11

En este mismo sentido, Graciela Touzé (2010) describe “que en el año 2010 un decreto³⁵ recogió estas orientaciones al crear la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el ámbito del Ministerio de Salud. En los considerandos, se señala **la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud mental, especialmente el cumplimiento de los derechos de las personas con padecimientos mentales o adicciones.** El punto crucial del decreto se refiere a principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental y a que los tratamientos de las adicciones deberán basarse en **una perspectiva respetuosa de los derechos humanos y las garantías individuales de las personas, con un criterio interdisciplinario de atención, que priorice la participación y acompañamiento familiar y comunitario,** según el texto de la norma. En este aspecto, también puede interpretarse la reglamentación en marzo de 2009, de la Ley Nacional de Lucha contra el Alcoholismo³⁶, sancionada en el año 1998 y que no había entrado en aplicación hasta el año 2010. Otro avance se observa en el ámbito del Ministerio de Educación, donde se creó en el año 2009 el Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas³⁷, que tiene como objeto orientar las prácticas educativas para trabajar en la educación y prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del Sistema Educativo Nacional. Este Programa ha llevado a la definición de una serie de objetivos y actividades a encarar en la comunidad educativa desde un enfoque integral de prevención.”

La ley de Salud Mental dio lugar para dejar de creer que hay que penalizar el consumo para avanzar en estrategias para regular el consumo, priorizar la asistencia y la prevención de consumidores. En línea con este cambio de paradigma, Silvia Inchaurrega, (2016) directora del Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y Sida (Ceads) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) menciona que “*necesitamos contar con una atención primaria para prevenir y/o asistir el consumo con políticas de reducción de daños*”

³⁵ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 6 “Decreto 457 del 5 de abril de 2010. Creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, dependiente de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación”

³⁶ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 7 “Ley Nro. 24788, aprobada el 5 de marzo de 1997. Decretos reglamentarios 149/2009 y 688/2009. La ley crea el Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol, oficializado por Resolución del Ministerio de Salud el 1 de julio de 2010.”

³⁷ Cita tomada del texto: Touzé, Graciela. *Argentina: ¿la reforma que viene?* Buenos Aires. Transnational Institute 2010, pág. 8 “Según lo dispuesto por la Ley 26.586, sancionada el 29 de diciembre de 2009.”

“La reducción de daños son estrategias de intervención en conductas que provocan riesgos para la salud, que buscan mitigar las consecuencias negativas que ocasionan los estupefacentes, intentando reducir riesgos asociados como las enfermedades de transmisión sexual o el peligro de sobredosis.”³⁸

Es necesario que esas personas conozcan los riesgos vinculados al consumo de drogas, con acceso a información y a un sistema sanitario que pueda atenderlos de manera adecuada, que no se los criminalice por ser usuarios de drogas prohibidas y tratar al consumidor como una persona a quien se le deben respetar sus derechos.(Inchaurreaga,2016)

En el año 2014 fue sancionada y promulgada la Ley 26.934 PLAN INTEGRAL PARA EL ABORDAJE DE LOS CONSUMOS PROBLEMATICOS (PLAN IACOP)³⁹, dicha ley adopta en el marco de este nuevo paradigma, la mirada sobre los consumidores de drogas como sujetos de derechos y propone entre otras cosas adoptar el modelo de reducción de daños (art.10 inc.d).

Tal como se menciona en la ley, los objetivos del plan IACOP son: “a) *Prevenir los consumos problemáticos desde un abordaje intersectorial mediante la actuación directa del Estado;* b) *Asegurar la asistencia sanitaria integral gratuita a los sujetos afectados por algún consumo problemático;* c) *Integrar y amparar socialmente a los sujetos de algún consumo problemático.*”

“Con la creación de los Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos, se apuntará a promover en la población cubierta instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad, (...) deberán estar abiertos a la comunidad en un horario amplio, procurando tener abierto el espacio en horarios nocturnos. Una de las funciones específicas de dichos centros comunitarios será recibir en el centro a toda persona que se acerque y brindarle información acerca de las herramientas de asistencia sanitaria, los centros de salud disponibles, los planes de inclusión laboral y educativa que forman parte del Plan IACOP y facilitar el acceso de los/as ciudadanos/as afectados/as a los mismos”.

³⁸ Inchaurreaga, Silvia. *Lo tóxico es penalizar el consumo*. Buenos Aires. Diario Página 12,2016. Pág. 1

³⁹Boletín oficial de la República Argentina .*Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (Plan IACOP)*. Ley 26934. 2014. <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/REFwOHU3MkZEd0ZyemZ0RFhoUThyQT09>

“Los consumos problemáticos deben ser abordados como parte integrante de las políticas de salud mental, por lo que los sujetos que los padecen tienen, en relación con los servicios de salud, todos los derechos y garantías establecidos en la ley 26.657 de salud mental.”

“La asistencia integral de los consumos problemáticos deberá ser brindada bajo estricto cumplimiento de las siguientes pautas:”

- a) “Respetar la autonomía individual y la singularidad de los sujetos que demandan asistencia para el tratamiento de abusos y adicciones, observando los derechos humanos fundamentales que los asisten y los principios y garantías constitucionales evitando la estigmatización;”*
- b) “Priorizar los tratamientos ambulatorios, incorporando a la familia y al medio donde se desarrolla la persona, y considerar la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo que sólo deberá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social, conforme a lo establecido en la ley 26.657;”*
- c) “Promover la atención de sujetos que padecen problemáticas asociadas a los consumos en hospitales generales polivalentes. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios, según lo dispuesto en el artículo 28 de la ley 26.657;”*
- e) “Incorporar una mirada transdisciplinaria e interjurisdiccional, vinculándose los efectores sanitarios con las instancias de prevención, desarrollo e integración educativa y laboral.”*

Para poder ayudar a los sujetos que hayan tenido consumos problemáticos y se encuentren en situación de vulnerabilidad social y se les dificulte poder integrarse nuevamente a sus actividades el Estado los incorporará en dispositivos especiales de integración. *“La fase de integración posee dos componentes, el educativo y el laboral, los que se implementarán de acuerdo a la edad y la formación del sujeto. El componente educativo tiene como objeto la inclusión al sistema. El componente laboral tiene como objeto la concreta inserción laboral, procurando hacer uso de las capacidades y las experiencias previas.”*

Capítulo III

Instituciones que abordan la problemática

En este capítulo proponemos realizar un recorrido por algunas instituciones que abordan la temática, la selección de las mismas se debe a que quisimos conocer qué representación hay en cada uno de los diferentes niveles de gobierno. Por lo tanto, vamos a tomar instituciones de tipo ONG, de orden Nacional, Provincial y Municipal.

Organizaciones No Gubernamentales:

Las ONG que citamos en primer lugar son entidades que trabajan a nivel teórico-conceptual, ya que contribuyen con sus investigaciones y capacitaciones a introducir en la temática a diferentes profesionales y otras instituciones. Si bien, no tienen trabajo terapéutico institucional, las elegimos porque su contribución es de gran importancia para promocionar y difundir un tipo de abordaje centrado en la concepción de derechos y reducción de riesgos y daños.

ARDA (Asociación de Reducción de Daños de Argentina)⁴⁰

En la página web de la asociación mencionan que, las sustancias psicoactivas no deben subestimarse, ya que tienen muy en claro que tienen su eficacia y riesgos, pero lo importante en el abordaje no es la sustancia, sino el sujeto. La lectura que realizan de la situación es en “*CLAVE SUBJETIVA*” ya que tienen en cuenta las sustancias, los sujetos pero también los contextos en donde se desarrollan las singularidades. “*Este triángulo de análisis conformado por DROGAS-SUJETOS-CONTEXTOS evita poner el foco en la sustancia. Analizar en clave subjetiva implica poner la mirada sobre el sujeto, ver qué lugar ocupa en su vida psíquica, ver cuál es la finalidad del consumo, cuál es su funcionalidad, para qué situaciones, para qué le sirve, qué le resuelve. Por eso en las primeras entrevistas se da alojamiento al sujeto tal como se presenta, se evalúa desde la subjetividad de la persona y se le ofrece un tratamiento que es posible para él.*”

⁴⁰ <http://www.infoarda.org.ar/>

La Reducción de Daños (RRDD) toma el criterio de “umbral de baja exigencia o umbral de exigencia mínima”. Este criterio, desarrollado en clave subjetiva, no plantea la abstinencia obligatoria de sustancias como precondition o punto de partida para el inicio de tratamiento, salvo que la singularidad clínica del paciente así lo requiera. Se valora positivamente los logros intermedios y considera, en todo caso, que la abstinencia puede llegar a ser, o no un punto de llegada. Se orienta fundamentalmente a posibilitar la accesibilidad de los ciudadanos que padecen consumos problemáticos y/o adicciones a los dispositivos terapéuticos, tanto sociales como de servicios de salud (Paveto, 2010)

También se hace mención en la introducción de la página web a las leyes de Salud Mental y la Ley de Estupefacientes, y aclaran que desde ARDA promueven a que haya un real avance de la Ley de Salud Mental, con las nuevas prácticas que la expresen y la representen. Pero para que esto suceda, es necesario modificar, superar, y derogar la ley 23737, ya que los años de vigencia de dicha ley han dejado como abordaje para tratar las adicciones las peores prácticas manicomiales de la salud mental, donde la internación, el aislamiento y el encierro fueron moneda corriente en las intervenciones.

En el artículo “*Arda pero no se queme*”⁴¹ (2004), realizan una entrevista a miembros de la asociación ARDA en la cual presentan las principales ideas con las que trabaja la institución con respecto al consumo de sustancias. Tomaremos los aportes de dicha nota para conocer más sobre su forma de intervención.

Desde 1999, la Asociación de Reducción de Daños de Argentina agrupa a distintos profesionales entre ellos Silvia Inchaurrega presidenta honoraria de la asociación, también jueces, funcionarios, abogados, psicólogos, etc. y organizaciones de todo el país que tienen la misma iniciativa en generar políticas públicas orientadas a reducir las consecuencias del uso de drogas. El antecedente de ARDA fue Ceads, Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencia y Sida.

La intención de la gente de ARDA es brindar información, que los dealers y el Estado no puede ofrecer, ya que sostienen la idea que muchas personas se drogan y como lo hacen mal, se dañan más. Por eso brindan información precisa sobre los riesgos que corre el usuario de drogas,

⁴¹ Noticia “*Arda pero no se queme*” Diario Página/12. Buenos Aires. 2004. <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-1248-2004-02-22.html>

precauciones a tomar, mezclas que no hay que hacer y medidas de primeros auxilios para saber cómo reaccionar ante eventuales intoxicaciones.

La idea de poder desarrollar políticas públicas basadas en los principios de reducción de daños surge de la aceptación que en la realidad *“la gente se droga con todo tipo de drogas y lo hace de cualquier forma”*. Entonces posicionados desde esta realidad la idea es que, *“si lo vas hacer, hazelo bien. O hazelo mejor. O hazelo reduciendo los daños todo lo posible”*. Para poder lograr esto, algunas de las estrategias de ARDA son la distribución de folletos informativos. Por ejemplo, *“en el Programa de Reducción de Daños en Cárceles, que explica como limpiar una jeringa. O, en el Programa de Reducción de Daños en Asentamientos Urbanos Irregulares de Córdoba y Buenos Aires, bajo el título **Cuidado con las mezclas**, que explica por ejemplo que la Pasta base no se esnifa porque hace sangrar la nariz, se atascan los conductos y aparecen llagas internas; tampoco se pica porque las impurezas no se diluyen, ¡fumala!”*.

Las intervenciones de ARDA son dirigidas a distintas poblaciones, con distintas problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias. En un primer momento fueron campañas relacionadas con la prevención del sida, luego se fueron ampliando a los distintos grupos de usuarios de drogas inyectables, los que están en prisión, de áreas marginales y asentamientos urbanos irregulares. También usuarios de cocaína inyectable, chicos de la calle, trabajadoras sexuales, usuarios de drogas que viven con VIH/sida y profesionales de la salud. El propósito es que la información es la mejor prevención, y con dicha información poder lograr una toma de conciencia, de forma gradual, para que por lo menos, sepan a qué atenerse con lo que hacen.

Para el licenciado Gustavo Hurtado (secretario ejecutivo de ARDA) *“Nuestros planes de acción tratan de favorecer una aproximación a la vez sanitaria y social al tema. La intención es que las distintas perspectivas se conjuguen: promover la salud y los derechos humanos y asociar la asistencia a la prevención: de allí nuestras intervenciones en recitales y eventos, desde raves hasta Cosquín Rock. Nuestras experiencias se iniciaron al haber tenido que encarar políticas de prevención del HIV, ante el riesgo de epidemia”*.

Como refiere Orge, un músico y miembro de ARDA, *“es evidente que la ultrapenalización del consumo de drogas solamente le agrega otro problema más al problema de*

la adicción: la criminalización, el aislamiento, la exclusión social y la discriminación conforman un círculo vicioso que daña a todos. Y el eje de todo esto es el prohibicionismo”.

En esta misma línea que menciona Orge, el deseo de la asociación es poder incidir en las políticas sociosanitarias y legislativas en materia de drogas. Modificar la ley 23.737 y que se despenalice el consumo personal, con la derogación del artículo 14.

“Para reducir daños, entonces, hace falta llamar a las cosas por su nombre y no culpar al consumidor.”

Intercambios Asociación Civil

“Las organizaciones no gubernamentales de América Latina que trabajan por una reforma de las políticas de drogas comparten una mirada común sobre el tema, al menos en dos puntos centrales: conciben a las personas que usan drogas como sujetos con derechos y coinciden en que el abordaje de las drogas como un problema de seguridad no sólo es ineficaz, sino que además generó una gigantesca y organizada red criminal junto a un panorama devastador en términos de violaciones a los derechos humanos. ¿Qué rol cumplen las organizaciones sociales? Visibilizar los efectos de la guerra contra las drogas, dar cuenta de sus consecuencias, denunciar que los muertos, torturados y encarcelados en esta guerra los pone siempre la misma clase social. En materia de uso de drogas, apelan a sacar el tema del tabú y los prejuicios. La sociedad civil se involucra en los debates sobre políticas de drogas para que se revisen los contenidos de las políticas públicas, y para que se revisen los procedimientos. Buscan mediar en el debate e impulsar una nueva política.”⁴²

Tomaremos lo que expone la presidenta de Intercambios Asociación civil, Graciela Touzé en el texto *América latina debate sobre drogas* (2011) para el conocimiento de cómo trabaja dicha institución

Desde sus inicios la organización centro su trabajo en tres dimensiones interrelacionadas:

1 “*La investigación en el campo del uso de drogas para interpretar los contextos en los que intervenimos.*”

⁴² Amorín, Eva. Capítulo: *Voces de la sociedad civil*. En Touzé, Graciela y Goltzman, Paula (compiladoras). *América latina debate sobre drogas I y II conferencia latinoamericana sobre políticas de drogas*. Buenos Aires. Intercambios asociación civil- Facultad de ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires.2011. pág. 253

2 “La **intervención** como puesta en práctica de dispositivos preventivos y asistenciales para usuarios de drogas.”

3 “La **incidencia política** para construir espacios de aceptación y legitimación de políticas y estrategias alternativas a las hegemónicas.”

Esta lógica institucional se orienta por tres grandes objetivos, “promover iniciativas de reforma de las políticas de drogas mediante la difusión de evidencia científica, y la organización de espacios de debate nacionales y regionales; propiciar cambios en la legislación y la política pública en materia de drogas, con la intención de reforzar los principios de salud pública y derechos humanos; y contribuir a la consolidación de una plataforma latinoamericana de coordinación de esfuerzos gubernamentales y no gubernamentales hacia la reforma de las políticas de drogas.”

Las estrategias que implementan para el logro de estos objetivos son el boletín trimestral “Intercambiando ideas para la reforma de la política de drogas”, organizan eventos de sensibilización y capacitación para diversos actores sociales, en particular las conferencias nacionales sobre políticas de drogas desarrolladas ininterrumpidamente desde el año 2003. Otra estrategia es mantener contacto sostenido con legisladores y otros actores políticos para el armado de espacios de encuentro y debate. Por último, otra estrategia es “la cooperación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales locales, nacionales e internacionales, para crear agendas comunes y coordinar esfuerzos.”

Dicho trabajo les ha posibilitado “contribuir a instalar el debate acerca de la necesaria reforma de las políticas de drogas y constituirnos en interlocutores de los poderes públicos. Por otra parte, permitió forjar alianzas con diversas organizaciones sociales y académicas, y establecernos como una referencia para los medios de comunicación social.”

La Reducción de Daños es la principal estrategia de abordaje para trabajar los problemas relacionados con el uso de drogas. “Tiene como primer objetivo disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, y a partir de allí, construir conjuntamente con el sujeto que demanda objetivos de mayor complejidad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas”⁴³

⁴³ <http://www.intercambios.org.ar/>

La utilización de las estrategias de reducción de daños favorece a poder ocuparse no sólo de las prácticas individuales, sino de las condiciones de vulnerabilidad de los sujetos que consumen, para poder desarrollar intervenciones apropiadas de cuidado (página web Intercambios)

“Una estrategia de reducción de daños puede involucrar una amplia variedad de tácticas. Puede incluir el cambio de las sanciones legales asociadas al uso de drogas; puede mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios de tratamiento; puede generar servicios directos para los usuarios de drogas y sus redes sociales en las comunidades; puede tender a cambios en la conducta de los usuarios de drogas por medio de la educación; puede también dirigirse a modificar la percepción social acerca de las drogas y de los usuarios de drogas.”⁴⁴

Como explican en la página web de Intercambios, estas estrategias dan lugar a varios tipos de acciones:

- *Acciones orientadas a promover el consumo de menos riesgo, dirigidas a proporcionar educación sanitaria; suelen actuar en los entornos próximos a los lugares de consumo. En el caso de usuarios de drogas inyectables, incluyen los programas de intercambio y/o distribución de jeringas, que se pueden realizar desde diferentes lugares (equipos móviles con agentes de salud en la calle, centros de atención primaria, hospitales, centros específicos, farmacias, etc.) y los centros de inyección segura.*
- *Acciones orientadas a brindar cuidados mínimos, que ofrecen servicios de ayuda social y sanitaria de base, adaptados a los estilos de vida de los usuarios y facilitan el acceso a la red socio-sanitaria.*
- *Acciones orientadas a promover el sexo más seguro, que proporcionan educación sobre sexualidad y prevención, y favorecen el acceso a preservativos.*
- *Acciones orientadas a reemplazar el uso de sustancias adquiridas en el mercado ilegal por sustancias prescritas. Incluyen los programas de mantenimiento con metadona o los programas de dispensación controlada de heroína.*

⁴⁴ ibid.

- *Acciones orientadas a promover el trabajo entre pares y la autoorganización de los usuarios de drogas, que propician el protagonismo de los propios usuarios como agentes de prevención y por la defensa de sus derechos ciudadanos.*

Desde el ámbito estatal

A nivel nacional:

A nivel Nacional optamos por seleccionar el Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo) y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) que es el organismo responsable de coordinar integralmente las políticas nacionales en materia de adicciones. La elección se debe a que son instituciones que marcan el camino a seguir para las instituciones que quieran llevar adelante el abordaje de la problemática de consumo desde una mirada centrada en la concepción de derechos, la autonomía, la reducción de daños y sobre todo posicionadas sobre la ley de salud mental.

Hospital Nacional en Red (ex CeNaReSo)

En el *informe 2015* del Instituto de investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones (2015) desarrollan que encontraron una amplia variedad de dispositivos que trabajan con los consumos problemáticos de sustancias. Sin embargo, se detienen en analizar uno en particular, que es El Hospital Nacional en Red. Esta institución surge tras *“la intervención por el Ministerio de salud de la Nación en el ex Centro Nacional de Reeducción Social (CeNaReSo) en junio de 2013”*. La creación de dicho *“hospital especializado en salud mental y adicciones, implicó un cambio de perspectiva en relación a la problemática, al entenderla como parte integrante de las políticas de salud mental.”*

Las principales líneas de acción del establecimiento consisten en estrategias de atención primaria en salud mental en cada comunidad, con la necesidad de un abordaje interdisciplinario e intersectorial para trabajar el fortalecimiento, restitución de los lazos y vínculos sociales.

La articulación entre las instituciones es uno de los aspectos claves a la hora de encarar el consumo problemático de sustancias y con la implementación de variadas estrategias se busca como objetivo *“integrar la prevención de enfermedades, la reducción de daños y la promoción de salud como parte fundamental de la asistencia.”*

Con la estrategia de reducción de riesgos y daños se apunta a la disminución del ingreso al consumo problemático y los riesgos que de ahí advienen. *“No tienen como condición para el inicio del tratamiento dejar de consumir, tampoco es razón para su suspensión.”* Lo que tiene importancia es la singularidad del sujeto. Por eso plantea Edith Benedetti, interventora del Hospital Nacional en Red, *“Se debe pensar fundamentalmente en sujetos de derecho, a la salud como derecho inalienable y al Estado como garante de ese derecho, para evidenciar el cambio de perspectiva desde las políticas públicas”*

“El modelo institucional del ex CeNaReSo está basado en acciones enmarcadas en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente y en la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, que entienden a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales. Por eso, se entiende que las adicciones deben ser abordadas en el marco de las políticas de salud mental.”⁴⁵

Pensar desde el consumo problemático *“exige cuestionar la asociación mecánica y directa que muchas veces se atribuye tanto entre consumo y adicción como entre consumo y problemas para el usuario, su grupo y/o comunidad.”* Por esta razón, *“el hospital ha implementado el Plan Estratégico Institucional 2013-2015 que propuso planificar acciones dirigidas a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población en las patologías de consumo.”*

Esta estrategia se complementa con el desarrollo de acciones preventivas en la comunidad, y como explica Benedetti, así surge la implementación del trabajo en red *“Armamos todo un sistema de red, basándonos en la atención primaria, utilizando lo que existía en los barrios y saliendo a los barrios para ‘cartografiar’ el territorio. Hicimos un reconocimiento en las zonas vulnerables, para ver quiénes estaban trabajando y trabajamos con ellos. Terminamos armando un Hospital con los tres niveles de atención y, además, entendiendo que la ‘alta complejidad’ tiene que ver con la formación del recurso humano. Esto todavía lo venimos peleando”*.

⁴⁵ Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015. pág 138

La mayoría de las estrategias de abordaje surgen desde las organizaciones que están en los territorios y de otras instituciones, como la iglesia católica, que lleva adelante un intenso trabajo en los distintos barrios. Estas estrategias *“se orientan a la inclusión social del paciente, por lo que la revinculación familiar, las oportunidades educativas, la búsqueda laboral, o la recomposición de los lazos sociales son partes esenciales del tratamiento. Existe una concepción integral de la salud.”* Es por ello que estos abordajes no apuntan solamente a la abstinencia del consumo, sino a la integración de ese sujeto en su familia y en su comunidad.

Con el paso de los años el programa logro tener visibilidad y por eso el Estado nacional lo puso en su agenda. “El 1 de septiembre de 2014, la Presidenta, Cristina Fernández de Kirchner, firmó un convenio de adhesión para las casas de atención y acompañamiento comunitario que fue el punto de partida para que el Estado comenzara a destinar una partida presupuestaria mensual para el sostenimiento de cada uno de los centros comunitarios adheridos, dirigidos por curas villeros y otras organizaciones.”⁴⁶

Sin embargo pese a los avances que se han logrado desde el Hospital, en el artículo también se mencionan las dificultades que tienen que atravesar y la licenciada Benedetti las explica de esta manera: *“Hay que profundizar lo que son los servicios asistenciales, porque si realmente se lograra que en los hospitales generales se atendiera de forma ambulatoria, se armaran hospitales de día o hubiese internaciones breves, sería otra la historia. Para que esto se dé, hay que hacer un plan estratégico para reforzar todos los servicios asistenciales y lo que sería la atención progresiva. La atención progresiva es necesaria, porque hay que salir a buscar a los pibes; si no se sale a buscarlos, ellos no van a venir a atenderse. Generalmente los chicos que vienen, los trae alguien o hay alguien que puede dar cuenta de él”*

Por eso desde la institución se apunta a la construcción de un sistema sanitario equitativo, para que las estrategias de intervención se ajusten a los perfiles de los pacientes. Y además aseguran, *“que la asistencia es la que debe adaptarse a las necesidades de los pacientes, y no a la inversa.”*

Hacen hincapié que el sistema de salud aún no funciona con la lógica propuesta por la nueva ley de Salud Mental. Aunque se avanzó en la articulación con los gobiernos locales, falta perfeccionar el trabajo de manera integral sobre los problemas de adicciones y poder consolidar

⁴⁶ Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. *Informe 2015*. Buenos Aires, 2015. pág 145

el trabajo interdisciplinario. Por lo tanto para fortalecer la asistencia se requiere de más dispositivos, más profesionales y más participación comunitaria. *“Se deben implementar políticas integrales, tal como lo prevé la Ley nacional 26.934 que instaura el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos, sancionada en abril de 2014 y se debe reposicionar a los jóvenes desde un lugar de objetos de los programas y las políticas a un lugar de **sujetos de derechos**, valorando sus potencialidades”*

Sedronar

“La Secretaria de Programación para la Prevención de Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) surge en el año 1989, dependiente de la presidencia de la Nación, y se constituyó como organismo defensor de los postulados de la política sobre drogas.” (Corda, 2015:88)

En octubre de 2014 dicha secretaría inauguró en la ciudad de Rosario el primer Centro Preventivo Local de Adicciones (Cepla). Matías Solmi, director del Cepla Rosario, brindó una nota al diario La Capital, *“La Sedronar abre en Rosario el primer centro para adictos a las drogas” (2014)* donde comenta las funciones de la institución. *“Es un espacio de contención para los adictos que funcionará en la calle Juan José Paso 2067 en el barrio Quom”, “Queremos generar un lugar de pertenencia para los jóvenes, trabajando desde la lógica de restitución de derechos”. “Nos interesa la participación de toda la comunidad, teniendo como eje tres dimensiones: lo cultural-deportivo, lo educativo y el encuentro comunitario”. Y remarcó que “se parte de un dispositivo abierto para fortalecer núcleos territoriales, haciendo hincapié en la prevención”.*

“La institución, creada por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner y el titular de la Sedronar, Juan Carlos Molina en marzo pasado, apunta a la contención y capacitación de adolescentes de entre 12 y 24 años, aunque no es excluyente para el resto de la población. Los Cepla son parte del programa Recuperar Inclusión, para recuperar jóvenes adictos, que en Rosario tendrán otros dos centros más, Cepla de la Sexta y de Villa Gobernador Gálvez. Y una casa educativa terapéutica en Granadero Baigorria, habilitada hace poco.”⁴⁷

⁴⁷ Noticia *“La Sedronar abre en Rosario el primer centro para adictos a las drogas”* Diario La capital. Rosario.2014
<https://www.lacapital.com.ar/edicion-impresa/la-sedronar-abre-rosario-el-primer-centro-adictos-las-drogas-n626450.html>

Sin embargo, en una nota del diario El Ciudadano, “*Nación cierra en Rosario otros centros de atención de adicciones*” (2016) obtuvimos información que este programa existió tan solo por dos años, ya que en el año 2016, desde La Sedronar se les anunció el cierre definitivo a los trabajadores del Centros Preventivo Local de Adicciones “Juntos a la Par”, ubicado en el barrio Toba.

El cierre se da en el marco del ajuste que en algunas áreas estatales comenzó a aplicar el gobierno de Mauricio Macri desde su asunción. Otra de las medidas fue la decisión de dar de baja la Casa Educativa Terapéutica (CET) de Granadero Baigorria que también atendía a jóvenes con problemas de adicciones. (Noticia, 2016)

“En el año 2017 la Secretaría de Programación para Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico cambia de nombre y funciones. Pasó a llamarse Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina, sin embargo, mantendrá el acrónimo Sedronar con el que comúnmente se lo identifica.”⁴⁸

Como declara Roberto Moro, titular del organismo en una nota del diario Clarín “*El Sedronar cambia de nombre y funciones*” (2017) “*El cambio de nombre tiene que ver con la funcionalidad de la Secretaría y los objetivos trazados por esta gestión, donde **pensamos un abordaje integral poniendo al sujeto en el centro de la escena y trabajando desde una visión social y de salud pública para recuperar sus derechos***”. Y luego agregó, “*Las acciones que estamos llevando a cabo hacen hincapié en la prevención, el tratamiento y la integración social*”

La secretaría se ocupará de brindar asistencia a los consumidores, tanto en materia de prevención como de tratamiento de adicciones. El ministerio de Seguridad que conduce Patricia Bullrich concentrará las políticas contra el narcotráfico. (Noticia, 2017)

Para finalizar con la información sobre la SEDRONAR, tomamos la publicación de la página web <https://www.argentina.gob.ar/sedronar> para desarrollar los principales canales de ayuda, servicios y ejes de gestión de dicha institución.

⁴⁸ Noticia “*El Sedronar cambia de nombre y de funciones*”. Diario Clarín Digital 2017
https://www.clarin.com/politica/sedronar-cambia-nombre-funciones_0_Hy4-6CLLe.html

Canales de ayuda

Los canales de ayuda con los que cuenta la Sedronar son, *llamando al 141*, se pueden comunicar de forma gratuita y anónima, con profesionales de la institución, desde cualquier lugar del país, durante las 24hs del día y todos los días del año. Otro canal, es *mediante chat*, si la persona o alguien allegado tiene problemas con las drogas, se puede comunicar vía chat con profesionales en cualquier momento del día. Y por último, otro medio de comunicación es a través del *correo electrónico*.

Servicios

Atención personal

Se brinda de forma gratuita, contención y asesoramiento personalizado sobre consumo de sustancias. La institución cuenta para ello con, **Consultorios externos** (*para atención ambulatoria individual y grupal*); **Grupos y redes de apoyo** (*para ayudar en el proceso de recuperación o para obtener contención familiar*); **Taller de la palabra** (*con actividades artísticas y creativas*); **Atención a jóvenes** (*familiares de 14 a 18 años*)

Si la persona vive en el interior del país, deberá buscar el espacio más cercano a su domicilio, lo puede localizar en internet “ENCONTRAR LA SEDRONAR EN MI BARRIO” ó enviar un mail a cinterior@sedronar.gov.ar.

Encotrarnos en tu barrio

Si se necesita buscar ayuda por una situación de consumo problemático, se puede buscar información de forma gratuita, en los espacios de prevención y tratamiento que ofrece la SEDRONAR. Buscando en la web “LA SEDRONAR EN MI BARRIO” se puede localizar los dispositivos en diferentes puntos del país.

*“La SEDRONAR cuenta con lo que se llaman **Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT)**. En estos espacios existen equipos interdisciplinarios integrados por psicólogos, trabajadores sociales, operadores socio-terapéuticos y educadores que trabajan para que vos o la gente de tu entorno que está atravesando por esa situación tengan apoyo y contención para la prevención y el tratamiento.”*(Sobre éste dispositivo ampliaremos en un apartado como surge, y el trabajo que realizan.)

Prevení en tu medio

Apunta a la prevención en las escuelas, el trabajo o el mundo que los rodea. La idea se centra en que cualquier persona puede ayudar a prevenir los consumos problemáticos de alcohol y otras drogas. La propuesta es que se pueda hablar del tema en los diferentes ámbitos, *“escuchando sin juzgar, evitando discriminar o estigmatizar, informándose y pidiendo ayuda si alguien lo necesita.”*

*Desde la escuela: está dirigida a los alumnos, docentes, no docentes o autoridades de una escuela que estén interesados en abordar la temática para brindarles capacitación.

*El arte y el deporte: está dirigida a profesores de arte o de educación física que estén interesados en abordar la temática de consumos problemáticos.

*El trabajo: está dirigido a miembros de *“un equipo técnico de RRHH, Salud ocupacional, Seguridad e Higiene o delegado sindical”* que estén interesados en mejorar la calidad de vida laboral y la propuesta apunta a que se pueden formar en prevención a través del *“Programa Promoviendo Espacios Laborales Saludables.”*

*La noche y el tiempo libre: apunta a la participación activa en la prevención de consumos problemáticos de alcohol y otras drogas, en la noche y el tiempo libre. Desde dicha posición se sostiene que, como es sabido el consumo de sustancias muchas veces tiene fines recreativos. Por esa razón, *“te invitamos a sumarte a distintas estrategias preventivas en eventos culturales, fiestas, campañas de verano, boliches, recitales, etc.”* La idea es poder brindarles a las personas que frecuentan estos espacios: *“puntos de hidratación a mano y aéreas de descanso, mensajes audiovisuales, folletería, stands de información y orientación, y la intervención de agentes preventivos, como parte de dispositivos integrales de prevención en eventos masivos.”*

*Los contextos de encierro: está dirigido a todas las personas que forman parte de la comunidad penitenciaria. Para brindarles herramientas para trabajar los consumos problemáticos en la población privada de la libertad. Promoviendo *“estrategias de intervención para un abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas”*

Regístrá tu institución

La propuesta está dirigida a un responsable de una institución dedicada al abordaje integral de consumos problemáticos de sustancias, con la intención que se inscriban en el “Registro Nacional y Permanente de Efectores Asistenciales para trabajar junto a la SEDRONAR” Es un trámite gratuito y dejan plasmados en la página web los requisitos para inscribirse.

Accedé a nuestros estudios

“El Observatorio Argentino de drogas es un grupo de trabajo interdisciplinario, conformado por profesionales de las siguientes disciplinas: Psicología, Sociología, Geografía, Estadística, Ciencias Políticas y Ciencias Químicas. Producimos y sistematizamos información epidemiológica, estadística y geográfica sobre distintos aspectos del consumo de sustancias psicoactivas para el diseño y seguimiento de políticas públicas, de estrategias de prevención y asistencia y para la ampliación eficaz de la oferta de tratamiento en todo el territorio nacional.”

Ejes de gestión

Plan Nacional de Drogas

Desde SEDRONAR elaboraron un “Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020, consensuado con todas las provincias del país.”

La problemática del consumo de drogas es un fenómeno que implica un desafío para el Estado Nacional (...) Implica una serie de costos para la sociedad, tanto en el plano social, económico, político y ambiental; constituyéndose un problema que exige un abordaje integral, equilibrado y multidisciplinario. Por lo tanto la respuesta debe ser multisectorial y a su vez requiere una responsabilidad común y compartida de todos los gobiernos que forman parte de la comunidad nacional e internacional así como de todos los actores/sectores de la sociedad”

“Es por todo esto, que la temática debe ser abordada de una manera integral e interdisciplinaria y considerando las particularidades locales, asumiendo el reto de transformar esta realidad que afecta negativamente a la salud pública, la seguridad, la justicia y el desarrollo sostenible de la sociedad en su conjunto. Reducir la demanda de drogas no solo implica ampliar la cobertura de tratamientos sino también realizar acciones de prevención y

mejoramiento de las condiciones de vida. Implica la inclusión de estrategias de intervención temprana, producto del consenso entre los diferentes niveles de gobierno y los actores competentes de la sociedad civil.”

*“La participación en el proceso de elaboración de este Plan de organizaciones gubernamentales, sociales y civiles provenientes de distintas localidades del país, es una herramienta innovadora y necesaria para el abordaje integral de la problemática del consumo de drogas. Desde este organismo rector, se asume el compromiso de construir un **Plan Nacional a largo plazo, de carácter federal, destinado a reducir el problema actual del consumo de drogas en el país.**”*

En el Plan Nacional de drogas podemos encontrar:

*“**Principios Rectores:** Perspectiva de derechos, Desestigmatización de la problemática, Perspectiva de género, Enfoque Intercultural, Participación social y comunitaria, Intersectorialidad, complementariedad y articulación intergubernamental, Intervenciones basadas en la evidencia, Calidad y transparencia institucional, Proporcionalidad, Especificidad.”*

*“**Metodología de elaboración:** Podemos distinguir dos etapas principales en el diseño, formulación y desarrollo del Plan Nacional de Reducción de la Demanda. La primera, se relaciona con la consulta a un número extenso de agentes de diferentes áreas y procedencias; en la segunda etapa, se desarrollan grupos de trabajo para elaborar el plan pensando en sus acciones concretas y herramientas de implementación.”*

*“**Marco Normativo:** lineamientos nacionales e internacionales.”*

*“**Situación epidemiológica – Diagnóstico:** Contexto global, Estado de situación a nivel regional, Estado de situación a nivel país.”*

*“**Ejes estratégicos:** Prevención, Abordaje Territorial, Tratamiento, Programa Municipios en Acción, Desarrollo del conocimiento científico, Articulación institucional.”*

Coordinación Federal de Políticas

“Desde SEDRONAR consensuamos políticas y programas en la materia con todas las provincias, a través del Consejo Federal de Drogas (COFEDRO). El 11 de diciembre de 1998 se aprueba el estatuto y el Reglamento del COFEDRO. “

El COFEDRO *“es el órgano que reúne a los referentes en materia de drogas de las 24 provincias del país con el objetivo de elaborar políticas públicas para la prevención y tratamiento de los consumos problemáticos.”*

Se trabaja a través del intercambio de experiencias, se desarrollan estrategias adecuadas a las particularidades de cada provincia y definen lineamientos para una articulación conjunta en el abordaje integral de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas.

Si bien, en su momento este organismo cumplió una importante función de articulación entre las provincias, en la actual gestión nos encontramos que los contactos con dicho organismo se fueron limitando, quedando sólo una relación a nivel de intenciones y no de realidades.

A Nivel Provincial:

En cuanto al nivel del Estado Provincial, elegimos la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones, llamada comúnmente APRECOD, ya que es una institución encargada de coordinar el trabajo intersectorial e interdisciplinario para el abordaje de dicha problemática.

Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones.

(APRECOD)

La entrevista para recabar información sobre la institución fue realizada a Cecilia Nieto, Licenciada en Ciencias Políticas, secretaria a cargo de la institución.

La agencia se creó en marzo del año 2016, depende del Ministerio de Gobierno, y la designación del nombre “Agencia”, se establece porque, es un espacio institucional que tiene diferentes características: abordar el tema desde diferentes áreas, salirse del área específica de atención y poder tener un rol más *“de coordinación, un rol más transversal, en donde desde el*

Ministerio de Gobierno pueda trabajar con todos los ministerios”. La forma de cómo ellos entienden la problemática es, “pensarla que no está sólo en salud, ni en Desarrollo social, sino que está en un ámbito de mayor coordinación que es el Ministerio de Gobierno.”

Los lineamientos con los que trabajan están plasmados en un plan titulado, “Abre Vida”, en donde allí se encuentran 3 ejes que guían el abordaje en la problemática de adicciones. Uno está relacionado con la **prevención y la capacitación** en diferentes ámbitos, *“el laboral con el Ministerio de Trabajo, el Ministerio educativo con programas en la educación, ámbito deportivo o ámbito recreativo que tiene que ver con Desarrollo Social y con Organizaciones Sociales..., y ámbitos de nocturnidad y demás...,”*. El otro eje, focaliza en **la atención y las redes de cuidado**, éste eje apunta a garantizar o acompañar los procesos de atención de las personas atravesadas con consumo, para eso hay un equipo que va acompañando las situaciones que son tomadas por los servicios de salud. Suele suceder que las situaciones necesitan mayor complejidad, o necesitan internaciones y la agencia por medio de convenios, financian los tratamientos con otros espacios. El último eje apunta a la **comunicación y la información**, la información es obtenida gracias a la creación de un observatorio provincial *“en donde analizamos información en los diferentes ámbitos, de sala de situación de salud, de seguridad vial, de..., nuestros mismos nominales”*. Por medio de ese dispositivo se obtiene información nominal de todas las personas que están en tratamiento. Y por otro lado, la comunicación, que sirve para la orientación en cuanto a la temática y para brindar herramientas que permitan llegar a una mayor cantidad de personas.

Otra de las funciones del observatorio es, la creación de un sistema unificado que comparte Aprecod con la Municipalidad de Rosario, donde se puede tener un registro de cuáles son las altas y cuáles son las bajas de las plazas que se dan en las instituciones y las organizaciones que trabajan con la agencia.

El posicionamiento que tiene la agencia para el abordaje del consumo problemático está enmarcado en el paradigma de la complejidad y el paradigma de la multicausalidad. Porque entienden la problemática como un problema multicausal, que no tiene que ser trabajado desde un área solamente, sino que tiene que ser trabajado con una mirada específica, pero transversalmente con otras áreas. La idea es trabajar la problemática *“en conjunto para que el tema del consumo sea una problemática más social, que sea tomada de cualquier ámbito y no por el especialista que te va a salvar el problema...”*

Trabajan con las Organizaciones sociales históricas que brindan tratamiento y con Organizaciones sociales más nuevas, que son de bajo umbral de exigencia, *“son muy barriales, bien territoriales, y funcionan como el primer eslabón en donde los pibes pueden estar, permanecer y ser contenidos”*.

En el 2018 se realizó en Rosario el Consejo Federal de Drogas (COFEDRO), y Cecilia Nieto es la delegada por Santa Fe a nivel nacional, por lo tanto ella formó parte de la mesa federal, esto posibilita tener un contacto más fluido con la Sedronar para trabajar la problemática en conjunto.

Nos cuenta Cecilia, que la Aprecod llevo adelante un trabajo de revisión de todos sus programas, sistemas y tratamientos, con clave de género. Los resultados que obtuvieron fueron, que hubo un aumento del 10% de mujeres que realizan un pedido de ayuda y acceden al tratamiento. Si bien, es muy poco en la extensión, ayudo a dilucidar también, que los espacios de bajo umbral, como el Diat, son los espacios más accesibles para el género, porque *“por cuestiones de miedo, de millones de cosas..., o incluso del rol de mujer de cuidado de sus hijos, que poder trabajar sobre su consumo a veces implicaría dar a conocer algo que otra área puede pensar que está mal con su hijo..., es muy complejo”*

La agencia no cuenta con una institución propia para llevar adelante la atención a la personas atravesadas con la problemática de consumo problemático, pero si, tiene un convenio con una cooperativa de trabajo, la cual es financiada al ciento por ciento por Aprecod. Por otro lado, suelen utilizar *“los espacios más públicos del Diat, la Estación, o los de Salud mental que tienen los sistemas..., los dispositivos no manicomiales que trabaja Salud mental y adicciones y a veces también los..., coordinamos también”*.

Las situaciones que llegan siempre son abordadas desde un enfoque de APS, la dimensión de salud integral siempre está presente, por lo tanto, lo primero que se hace cuando una persona llega con un pedido de ayuda es conocer *“¿cuál es la adscripción al centro de salud?”*. Luego, un equipo interdisciplinario realiza una serie de evaluaciones, siempre con un enfoque de salud, para luego poder trabajar sobre el tratamiento que se llevará a cabo. El trabajo interinstitucional e intersectorial es permanente, siempre se piensa la problemática con otros actores, nunca un área sola, esto forma parte de la integralidad.

A Nivel local:

Por último, a nivel local, tomamos dos instituciones que realizan trabajo en territorio, y que llevan adelante lineamientos de reducción de riesgos y daños. Realizamos entrevistas a referentes de cada una de las instituciones para ahondar en el abordaje que realizan en el día a día con los jóvenes.

La Estación

En este caso realizamos la entrevista a Lautaro Danna, trabajador social que desempeña su tarea de co-coordinador de la institución.

El surgimiento de la institución se concreta en mayo de 2016, tomando como antecedentes experiencias anteriores, en este marco, se empieza a construir el Plan de Prevención de los Consumos de Sustancias Psicoactivas y Alcohol llamado “Si sentís que te caes Rosario tiene una red”⁴⁹. Dicho plan es lo que hoy sintetizan algunas políticas públicas que tienen que ver con la problemática. Las experiencias de las que se basa el plan son, la experiencia en distintos centros de salud, mini equipo que funcionó aproximadamente 8 ó 9 años, que fue una de las experiencias más específicas en trabajar el tema. Los mini equipos estaban conformados por un equipo de profesionales que trabajaban la problemática en distintos barrios. También se sumó al plan, la experiencia con Educación para la Salud. Por lo tanto, al tener todas estas actividades municipales y provinciales fragmentadas, lo que se buscó es unirlas en el plan que existe hoy en día.

De la manera que se llevo a cabo fue, pensando distintos ejes, uno de ellos es la **prevención**, que se trabaja con los bolicheros, con los patovicas y en las fiestas electrónicas. *“Todo el trabajo de prevención tiene que ver con el programa Lazos de la Municipalidad, con lo que Aprecod hace con los clubes, lo que Educación para la salud hace con talleres con niños.”*

Otro eje es la **capacitación a trabajadores y trabajadoras de los distintos ámbitos**, no solo gubernamentales, *“es un eje que suena bastante acotado pero tiene un impacto muy fuerte.”*

Y por último, **el eje asistencial**, que ubica, instala y referencia de manera más contundente a la Estación como parte de una red de asistencia y de cuidado que incluye a todas

⁴⁹ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018_-_plan_rosario_-_santa_fe.pdf

las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de la ciudad, y eso incluye a los centros de salud Provincial y Municipal, los polideportivos, los centros culturales, los distritos, los hospitales, la Aprecod, o sea todo el sin fin de efectores de instituciones que abordan más o menos directamente la problemática.

El equipo de trabajo de dicha institución proviene de distintas experiencias, está compuesto por profesionales de mini equipo, por profesionales que viene de centros de salud y profesionales que han comenzado en la institución. En total es un equipo de 20 personas aproximadamente, la mayoría depende de la Secretaria de Salud, psicólogos, antropólogos, una médica, trabajador social, un administrativo y una cocinera. Este equipo conforma dimensiones organizativas a partir de un diagnóstico poblacional. Una de las dimensiones es **la primera escucha**, que es un dispositivo que tiene que ver con recibir a la persona, a su familiar, a quien esté preocupado por una situación de consumo, también a las instituciones gubernamentales, a las organizaciones barriales. Por lo tanto, se recibe la situación, se empieza a construir una primera lectura, una primera evaluación, y *“aquí queda reflejado el trabajo intersectorial ya que se debe hacer un rastreo institucional, comunicarse e interactuar con aquellos actores que han intervenido, aquellos que la persona menciona como referentes.”* Para luego, poder comenzar a construir algunos acuerdos mínimos para pensar una dimensión terapéutica, el tratamiento, y si se va a desarrollar en la Estación o con alguna otra institución convenida.

Las estrategias, los abordajes, las instituciones se piensan en red, *“a veces esa red funciona bien, a veces mal, a veces no existe y hay que armarla...”* Caracterizando la problemática de manera multicausal, en donde hay que ubicar, situar, distintas dimensiones, es donde obviamente se hace necesario el carácter intersectorial, interdisciplinario y con una práctica integral. Esto implica que haya en una mesa, lo micro, lo macro y distintos actores para pensar en la intervención y en el abordaje de una situación bien singular en conjunto. *“Siempre va a estar el Agudo Ávila, u otro hospital, siempre tiene que haber un CCB, o alguna dimensión cultural para que ese proyecto terapéutico singular esté conformado de esas dimensiones.”*

“Ya no es la idea del enfermo, del adicto como se venía trabajando en el paradigma anterior, sino que es un sujeto de derechos que tiene un conjunto de derechos vulnerados, que hay que restituir y un conjunto de lazos y vínculos seguramente deteriorados, destrozados o

inexistentes que hay que empezar a construir, a fortalecer.” Esas dimensiones de derechos y de lazos tienen que ver con la construcción de horizonte clínico que se plantea desde la institución.

El plan, ubica a la Estación dentro del eje asistencial, pero no por esa razón todas las personas *“que padezcan un consumo problemático tienen que ir a la Estación”*, la función de la institución es la de un actor más dentro de esa red, es una puerta de acceso más que debería disponer de un conjunto de facilidades, por ejemplo *“poder gestionar un turno, una entrevista, el hecho de tener a mano un espacio de escucha singular.”* En fin, poder contar con un conjunto de dispositivos que sean bien aggiornados a lo que necesita la población y no al revés.

Lautaro nos explica que es un trabajo con mucha intensidad, porque al momento de realizar las entrevistas, siempre son más de una, no se realiza de manera aislada, sino que se incluye la mirada del usuario-paciente y *“luego hay que realizar llamados, articulaciones, sacar turno para que la persona se adscriba a un centro de salud si no estaba inscrita.”* Actualmente son 5 profesionales realizando este dispositivo, que es la primera escucha. Y de acuerdo al resultado de estas entrevistas y al tratamiento que se considere para la persona, ésta puede ser derivada a otra institución.

La Estación tiene estipulado dos acuerdos con Aprecod, uno de ellos es que cualquier situación que llega a Aprecod es derivada a la Estación, y cualquier situación que llega a la institución de Pérez, Gálvez, o Funes se articula con Aprecod. El otro acuerdo, es la construcción y el desarrollo de un sistema de información conjunta que implica que si la Estación aloja a alguien en Communitas o internan a alguien en Nazareth, en el mismo sistema de información le aparece Aprecod.

Todos estos cambios que se vienen dando van fortaleciendo a una mejora en la atención de los sujetos que padecen el consumo problemático de adicciones. Y es importante tener en cuenta que sólo hace 3 años atrás estaba el viejo programa de adicciones a nivel municipal. Por lo tanto, *“hoy gracias al Plan y al trabajo en conjunto con Aprecod, que depende del Ministerio de Gobierno y tiene mucho contacto con COFEDRO y con la SEDRONAR”* se puede ir avanzando en más y mejores políticas para dicha problemática.

La institución trabaja de lunes a viernes en el horario de 9 a 17hs, no tienen una franja etaria establecida para trabajar, sí cuentan con una mayor población de jóvenes de 18 a 30 años;

con situaciones de personas mayores de 40 años que tienen otras particularidades y las situaciones de adolescentes entre 15 y 16 años que han sido las más excepcionales. *“Las características de la población que asiste al establecimiento es que hay jóvenes que son fluctuantes y genera mucha dificultad a la hora de trabajar. Al momento están asistiendo 20 jóvenes todos los días, que gracias a la articulación con Desarrollo Social nos proveen los insumos para el desayuno, almuerzo y merienda.”*

Las actividades que se desarrollan son mediante la articulación con el programa Nueva Oportunidad, cuentan con taller de carpintería, panificación, huerta, un espacio de radio, un espacio de ensamble musical y un espacio de literatura que están armando. Se suma a estas actividades, en abril, el Punto Digital, con 4 ó 5 actividades más, vinculadas al cine, lo audiovisual, la animación, los comics y el arte.

No cuentan con el servicio de alojamiento ni de pensiones porque *“no podíamos garantizar ninguna gobernabilidad ahí, donde muchas situaciones eran alojadas en pensiones y por mas que se pudiese garantizar unos meses, eso...era clínicamente imposible sostenerlo, (...) entonces logramos plantear que frente a una necesidad de alojamiento eso lo trabaja la Secretaria de Desarrollo Social, a través del servicio de asistencia ciudadana”*.

Sin embargo, se trabaja en conjunto con otras instituciones como el Programa Andrés que cuenta con un centro de noche y si un joven que está en tratamiento con la Estación necesita alojamiento, se efectúa el ingreso allí, pero se continúa con el seguimiento de la situación.

También trabajan con los hospitales, específicamente cuando tienen que hacer una internación por deshabitación planificada, no se les presentan dificultades para realizarlo, los obstáculos se les presentan al momento de llegar a la guardia con los profesionales que allí atienden que no suelen mostrarse comprensibles con la situación.

Actualmente se está trabajando en un dispositivo que se llama **anudamiento primario**, *“que son dispositivos que deben trabajar con aquellas personas más desafiadas de todo, más derrapadas, (...) en donde se establecen acuerdos a muy corto plazo, (...) aparece mucho lo asistencial desde la urgencia, lo alimentario, la ducha”*. Se trata de poder realizar una estrategia clínica para luego comenzar a pensar en el tratamiento.

Luego cuenta con espacios grupales que tienen que ver más con lo recreativo, lo deportivo, lo cultural para aquellas personas que *“están más armadas, más desinhibidas”*, siempre anudadas a otras dimensiones, por ejemplo, *“a lo que un centro de salud puede estar trabajando en un espacio terapéutico individual, o un hospital, o los profesionales de Empleabilidad estén trabajando para incluir a una persona en algún lado. Esto es lo que se llama espacios ambulatorios intensivos.”*

Ninguna persona asiste la misma cantidad de veces que otra, esto depende de la perspectiva singular del tratamiento.

En cuanto a la población de mujeres es muy poca la cantidad que se asiste, y desde la institución sostiene que *“para nosotros una perspectiva de género en una institución como la nuestra básicamente, es que si hay en la mesa del desayuno hay una joven y un joven y los dos están angustiados, nosotros tenemos que priorizar a la mujer.”*

Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT)

La entrevista fue realizada a Ignacio Canabal, psicólogo, coordinador de la institución.

El dispositivo se origina en el año 2014, *“cuando la Sedronar decide por primera vez en la historia”*, pasar de una lógica de dispositivo centralizado sólo en Buenos Aires a realizar dispositivos territoriales en todo el país, esto fue a través de la ley del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Iacop). *“La verdadera función de esta ley es la creación de dispositivos territoriales de Sedronar y se crearon 250 dispositivos en todo el país.”* Ellos fueron, los CET, que era la casa educativa terapéutica, que eran los de mayor complejidad, los CEPLA, que son dispositivos territoriales de prevención de consumo no específica y los PEC, que son los puntos de encuentro comunitarios, *“posteriormente todos se llamaron Diat”*.

De esos 250 dispositivos sólo quedaron menos de 40, aquí en Rosario se decide hacer 3 dispositivos, 2 Ceplas, uno en la casa de las madres de plaza de mayo, *“sueños compartidos”*, otro en el barrio la Sexta y *“éste que se llamaba CET en su momento, en el cual se decide hacer una cogestión, que actualmente es la única institución de la ciudad que incluye los 3 niveles del Estado, Municipal, Provincial y Nacional, participa Salud y Desarrollo Social Municipal y Provincial, la Sedronar a nivel Nacional y también Aprecod”*.

Funciona de lunes a viernes en el horario de 9 a 17hs y además de brindarles desayuno, merienda y almuerzo, el dispositivo al ser una institución tripartita utiliza los recursos de los 3 niveles del estado, por eso cuenta con una gran variedad de talleres, tales como, *“todos los días el aula radial, que es la primaria multigrado; fútbol, en verano la escuela de natación y pileta libre, cine, también tenemos fotografía experimental, Mai Tai, que es un arte marcial Tailandés, gimnasio, trote...(...), también tenemos música , un espacio de literatura donde se leen cuentos, se les lee, se nos lee, también sesión de masajes, que es un espacio del cuidado del cuerpo y autoconocimiento...(...), después un programa que se llama luces, que es un programa de acompañamiento de lectura y escritura, que se trabaja con todas otras instituciones...(...) ya publicamos 2 libros con textos de los jóvenes, murales y bueno, todos los Nueva Oportunidad”*. Todos estos talleres van variando cada 4 ó 5 meses, y la dinámica de trabajo para llevar a cabo estos talleres es que, todos los espacios son acompañados con profesionales, ya que consideran que las personas que vienen a dictar los talleres no tienen porque conocer la subjetividad de cada uno de los jóvenes, ni los acuerdos, ni las problemáticas particulares de cada uno. Esto facilita un mejor desempeño en los talleres y un mayor seguimiento de las situaciones particulares de los jóvenes.

El Diat trabaja con una población objetivo de 14 a 25 años, al momento cuenta con una asistencia de 77 jóvenes por día, y teniendo en cuenta los chicos que participan del programa Nueva oportunidad son en total 100/120 jóvenes en la institución.

Al momento de plantear los lineamiento teóricos para el abordaje de las situaciones de consumo problemático, Ignacio nos comenta que, ellos cuentan con 3 ejes que son los que les pide la Sedronar, la Ley de Salud Mental, la Ley de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes y el plan Iacop. Sin embargo, nos aclara, que particularmente el equipo agrega a su trabajo otras líneas teóricas, además de la Ley de Salud Mental y la Ley de Protección Integral, ellos se posicionan desde la epistemología de la complejidad, *“nosotros trabajamos todo desde equipos interdisciplinarios y entendemos que ante problemáticas complejas, respuesta complejas, cada joven que viene acá construye un recorrido individual”*. Otra fuerte línea teórica es la restitución de derechos y la reducción de vulnerabilidades, esto incluye todo lo que tiene que ver con reducción de daños, pero también el objetivo es no poner el eje en la sustancia. La idea es que la institución no sea expulsiva, sino que la persona llegue. El foco que colocan en la

restitución de derechos es porque, ellos consideran que cada persona consume por una razón, pero también están atravesadas por la problemática territorial, la problemática de la pobreza, y por lo tanto, la restitución de derechos es la mejor forma de abordar el consumo problemático. El objetivo principal no es que la persona deje de consumir, sino que tenga un proyecto de vida al cual llegar. Y para completar, la última línea teórica que nos marca Ignacio es, el trabajo con el vínculo, al ser un dispositivo territorial, se trabaja con los jóvenes en territorio, se recorre el territorio y se construye sus propios saberes, *“nosotros construimos vínculos afectivos con cada uno de los jóvenes y no es una cuestión de voluntad y de que somos buenos..., o sea, son jóvenes que donde la referencia adulta ha desaparecido y que es muy difícil de reconstruir eso y la referencia adulta cae en nuestro lugar , cumplir con nuestros acuerdos, cumplir con lo que se promete, tener un conocimiento de que se acordó es nuestro trabajo..., y ese trabajo creado a través del vínculo es lo más potente clínicamente para todos”*

La institución trabaja de modo ambulatorio, siempre el tratamiento ambulatorio es prioritario, cualquier cuestión en contra de la voluntad del usuario *“está destinada al fracaso”*, solamente puede ser utilizada en cuestiones donde corre peligro la persona o terceros, y tiene que ser por el menor tiempo posible *“porque ésa es la ley”*.

En cuanto al trabajo interinstitucional, el año pasado el dispositivo interactuó con 92 instituciones. La metodología de trabajo es siempre multiplicar la referencia con otras instituciones, eso garantiza el modo de abordaje de las situaciones. Por razones de refacciones en el edificio que impedían el desarrollo de las actividades, recurrieron a generar lazos interinstitucionales para poder garantizar los espacios. A través del programa Nueva Oportunidad establecieron acuerdos con el centro de salud y con el club “20 Amigos” para llevar adelante juntos dicho programa y concretarlos en esos espacios. Esto también aporta a que los jóvenes encuentren a todos los actores trabajando juntos y facilita una rotación de información y de fluidez. *“Nuestro objetivo es no ser una institución total”*, por tal motivo, la institución siempre referencia al centro de salud y se realiza una interacción en el caso de que algún joven tenga problemas de salud. Lo mismo sucede si, el joven que llega al dispositivo ya tiene referencia psicológica en su centro de salud, tiene que seguir sosteniendo ese espacio, *“lo mismo con instituciones barriales, iglesias que están donde muchas horas nosotros no estamos, ellos están”*.

Por lo tanto, suelen llegar derivaciones del sistema público, centros de salud, CCB, organizaciones sociales, demanda espontánea, muchas derivaciones de pares, *“que son derivaciones de los mismos jóvenes que vienen acá, que traen amigos”*

En cuanto al nivel intersectorial, como el dispositivo responde a los 3 niveles de Estado, Ignacio explica que *“tuvimos que construir una mesa intersectorial de instituciones de todos los referentes de Estado para poder cogestionar este dispositivo..., que haya alguien que decida”*.

Capítulo IV

Intervención del Trabajo Social

Como refiere el autor Carballada (2006), vivimos en una sociedad donde los lazos sociales se han deteriorado, donde sufrimos la falta de espacios de socialización y de construcción de sentidos que conecten al sujeto con el “todo”. La fragmentación de la vida cotidiana, el individualismo, la competitividad y la inequidad son algunos de los vestigios que nos fueron quedando de los gobiernos neoliberales y que no supimos superar. Como consecuencia hoy estamos atravesando una crisis como sociedad en todos los ámbitos y sectores. Uno de ellos son los jóvenes y su vínculo con el consumo de sustancias.

En un artículo del diario digital Rosario Nuestro⁵⁰ (2018) el jefe de la Sedronar, Roberto Moro, *“afirmó que en los últimos cinco años se produjo un incremento sistemático del abuso de sustancias ilegales por parte de los jóvenes y que el país está en el peor momento de su historia”*. Esto nos lleva a analizar la problemática de las adicciones como una nueva forma de expresión de la cuestión social.

Para ser más específicos en el tema, *“es posible considerar estas cuestiones como problemáticas sociales complejas”⁵¹. Estas surgen en una tensión entre necesidades y derechos, la diversidad de expectativas sociales y un conjunto de diferentes dificultades para alcanzarlas en un escenario de incertidumbre, desigualdad y posibilidades concretas de desafiliación” (...)* *“Las problemáticas sociales complejas, también se caracterizan por su movilidad y permanente metamorfosis”* (Carballada, 2008: 2)

En este escenario, *“la drogadicción, en tanto padecimiento, se convierte en una expresión del desencanto frente a un mundo fragmentado y sin sentido.”* (Carballada, 2006: 1)

⁵⁰ Noticia. *“Piden que se declare emergencia nacional. La droga que quita el hambre: una epidemia que se expande en los barrios profundos de Rosario.”* Diario digital Rosario Nuestro. La voz de la Ciudad. Edición N°548. Rosario. 2018. [HTTPS://ROSARIONUESTRO.COM/LA-DROGA-QUE-QUITA-EL-HAMBRE-UNA-EPIDEMIA-QUE-SE-EXPANDE-EN-LOS-BARRIOS-PROFUNDOS-DE-ROSARIO/](https://rosarionuestro.com/la-droga-que-quita-el-hambre-una-epidemia-que-se-expande-en-los-barrios-profundos-de-rosario/)

⁵¹ Cita tomada del texto: Carballada, A. *“Problemáticas sociales complejas y Políticas Públicas”* Revista CS, (1). 2008. Carballada, Alfredo J. *“Políticas de Reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las Políticas Sociales”*. En Margen N° 39. 2005. www.margen.org

En este sentido, no se puede estudiar al consumo de sustancias separado del contexto, ya que las personas son seres que piensan, creen y sienten. Y la realidad los atraviesa de tal forma que hacen lo que pueden con los malestares que la sociedad les impone. Sin embargo, también hay que destacar que desde la visión del consumo problemático, las personas que consumen sustancias se dividen en dos grupos. Uno de ellos son las personas que consumen por estar inmersos en situaciones complejas y que encuentran en el consumo una escapatoria que los hace olvidar de la realidad en la que se encuentran, este grupo de personas presenta las particularidades de consumo problemático. Y otro grupo, que se caracteriza por llevar el consumo de manera responsable, equilibrada y sin complicaciones en la vida cotidiana, este grupo elige el consumo como medio de goce y placer, pero no como consecuencia de un desequilibrio emocional.

“La falta de proyectos sociales de largo alcance, la posibilidad de incluirse constructivamente en la gestión del futuro, la inclusión en las estructuras que la sociedad dispone para la realización de los individuos son algunos de los temas acuciantes de este presente en el que los jóvenes y los adolescentes se ven sometidos a las crisis que genera la pobreza o un mercado laboral sin muchas perspectivas y la exclusión que para muchos se asoma luego de las promesas incumplidas de la escuela. El resultado es una situación poco favorable a la realización de estas jóvenes generaciones como ciudadanos.” (Ryan, 2018: 1)

Las representaciones sociales sobre el consumo de sustancias que está hoy en día establecido en la sociedad se asocian con *la ilegalidad, delincuencia y/o marginalidad*; y relacionan al tratamiento *“con el encierro, la internación, las comunidades terapéuticas, la prohibición de la sustancia en cuestión y/o la estrategia abstencionista en general”*. (Benedetti, 2015: 17)

Sin embargo, se ha demostrado que el paradigma abstencionista no logró resultados eficientes ya que *“incrementan el miedo y la inseguridad”*, y se muestran incapaces de pensar la complejidad que contiene el consumo problemático. (Benedetti, 2015)

El paradigma abstencionista-prohibicionista enmarca su estrategia en la importancia de la sustancia, ya que es producto de todos los males, el objeto es una sustancia ilícita y por lo tanto el consumidor viola la ley, por eso es un transgresor. Por medio de infundir miedo a una penalización se busca el abstencionismo en el sujeto.

El abordaje desde un posicionamiento penal no permite pensar *“en clave de sujeto de derechos y de la salud como derecho”*. Por lo tanto, lo que se propone *“es el desplazamiento de las adicciones del campo penal al campo sanitario.”* Si éste desplazamiento nos indica que *“el eje de análisis no es la sustancia lícita o ilícita, sino el sujeto, es necesario que pensemos en el vínculo que cada sujeto sostiene con el objeto en cuestión.”* (Benedetti, 2015:21)

“La inmensa mayoría de los consumidores más o menos frecuentes de sustancias psicoactivas no construyen un vínculo problemático con dichas sustancias.” (Benedetti, 2015:20)

Justamente por lo anteriormente mencionado, *“resulta necesario deconstruir aquellas representaciones sociales en torno de las sustancias psicoactivas, el consumo y los consumidores”*. (Benedetti, 2015: 18)

Por consiguiente, desde el trabajo social se hace necesario *“revisar los modelos de intervención en función de adaptarlos a nuevos escenarios sociales, que se presentan cada vez más complejos y difíciles de descifrar.”* (Carballeda, 2008: 4)

Para poder pensar en la intervención desde el trabajo social en la problemática de adicciones, tomaremos aportes de los modelos **Sociocultural y del Consumo Problemático**, ya que consideramos más enriquecedor y nos permiten poder realizar una intervención de modo más integral.

Uno de los primeros movimientos que se debe hacer desde el trabajo social, es cambiar los modelos de intervención según las necesidades, *“a partir de considerar al otro como sujeto activo, responsable de sus prácticas y con el objetivo que se pregunte, qué le está pasando, qué le pasa con su práctica de consumo. (...) Es necesario pensar la singularidad del sujeto en clave de época y situación.”*(Benedetti, 2015: 22)

El abordaje del consumo problemático *“se debe orientar en tres ejes: el sujeto, su dimensión socio-histórica, y su vínculo con la sustancia.”* (Benedetti, 2015: 34)

Para ahondar más en el tema de la intervención desde el trabajo social y específicamente en el consumo problemático, vamos a tomar los aportes del autor Carballeda (2008) que nos va a guiar en nuestra reflexión.

“La intervención en lo social tiene un ámbito espacial que va siendo definido según la singularidad de cada circunstancia, problema o demanda a partir de los cuales se construye.” Por consiguiente, las intervenciones van variando de acuerdo a la heterogeneidad de los sujetos con consumo problemático y sus trayectorias individuales.

Las intervenciones se resignifican en el hacer de la propia práctica, y apunta a la recuperación de autonomía, de individualización, partiendo de un sujeto con historia y circunstancias sociales únicas.

Es importante tener en cuenta tres aspectos al momento de definir propuestas de intervención en adicciones: considerar a dicha problemática *“dentro del campo de la salud mental; la no distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas; la inclusión de las adicciones en las políticas públicas y su atención en los servicios de salud.”* (Benedetti, 2015:36)

Otro de los aspectos que deben guiar nuestras prácticas es la legislación nacional sobre salud mental, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013. Dicha ley N°26.657⁵², establece en el art. N°4 *“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.”*

Una de las estrategias de intervención que se propone desde el modelo sociocultural son la **asistencia y la prevención terciaria**, para poder trabajar con el sujeto sobre las consecuencias del abuso de drogas. Éstas se emplean de manera complementaria con la intencionalidad transformadora respecto a la situación de padecimiento inicial. Se conciben como **estrategias de recuperación**, tendientes a la problemática de la integración social, para poder contribuir a la restitución de derechos vulnerados. Permitiendo así, *“aportar al desarrollo de la autonomía, recuperar sentidos, pertenencia y plantear proyectos, visualizar futuros”* (Rodríguez, 2007)

⁵² Información Legislativa (InfoLeg). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Año 2010*
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Desde dicho modelo también se propone **la investigación cualitativa**, *“que permite colocar las voces de los sujetos en el ámbito de lo público, de conocer los significados que atribuyen a su experiencia, de cómo viven su vida. Se trata de traspasar la descripción, para comprender los significados; es buscar a los sujetos y sus historias”* (Rodríguez, 2007:11)

Es interesante remarcar la posición que se plantea de tener en cuenta a la participación del sujeto, porque es desde allí, conociendo su vida cotidiana; ese mundo de significaciones y apostando a la comprensión y la interpretación de su realidad, donde se podrá plantear las diferentes estrategias con la aceptación y el involucramiento del sujeto.

En cuanto a lo anterior, nos parece oportuno citar el concepto de la trayectoria de vida, en el cual se explica que esta sería *“la recuperación del modo en que un sujeto (individual o colectivo) ha construido su vida, tomando como eje la situación que se encuentra como foco de atención (en todo caso, “el problema”). La recuperación de una trayectoria de vida permite al trabajador social no sólo recuperar la “perspectiva del actor”, en tanto forma de ver e interpretar el mundo, sus conflictos, las significaciones sobre los acontecimientos que marcan su vida en relación con la situación que se está trabajando, sino que (...) esa reconstrucción ofrecerá las condiciones para que ese “otro” repiense su propia existencia”* (Cazzaniga, 2009:7)

Por eso cuando planteamos la intervención, sabemos que ésta nos permitirá *“hacer visible aquello que no se visualiza, que se encuentra naturalizado, de este modo se sale de lo establecido. Ese “hacer ver”, no agrega ni quita nada a ese “otro” sobre el cual llevamos adelante nuestra práctica cotidiana.”* (Carballeda, 2008:10-11) Pero sí, nos permite ver por detrás de la problemática planteada por el sujeto.

Siguiendo la línea del autor Carballeda (2008) plantea la idea de estrategia de prevención, *“para intentar amalgamar, soldar, aquello que la crisis separó.”*

Para el desarrollo de las estrategias de prevención en drogadicción, el autor sugiere definir algunas cuestiones para tener en cuenta. Hay que precisar *“sobre qué sector se pretende intervenir”,* sí; sobre la población en general ó los usuarios. *“También es necesario definir el nivel etario de la población objetivo, es decir, jóvenes, adultos, niños, etc.”* Esto nos lleva a poder acceder a la *“comprensión y explicación de las características de los grupos sobre los*

cuales se intervendrá, su lugar en la sociedad.” Y no hay que dejar de lado “la visión que la comunidad tiene de éstos, el papel que las drogas juegan es ese escenario, la construcción de estereotipos vinculados al consumo.”

En este punto agregamos lo que propone el modelo sociocultural, donde plantea un “abordaje **individual-familiar y comunitario**, para poder restituir parte del tejido social, a partir de dialogo, el pacto constante, desde una asunción de responsabilidad conjunta, que se base en la tolerancia y solidaridad, que conlleve al autocuidado de la persona que consume”. (Rodríguez, 2007: 12)

Por último, hay que poder indagar sobre “*el conocimiento que tienen de las instituciones de asistencia y orientación, la capacidad de contención de las mismas y su visión del problema. Dado que toda acción de prevención implica una construcción de demanda asistencial u orientativa. A su vez puede ser útil informarse como se expresa la cuestión familiar en cada contexto, en tanto posibilidades de socialización, apoyo ó conflicto.*” (Carballeda, 2008: 6)

Planteadas estas propuestas, quisiéramos agregar las **estrategias de reducción de riesgos y daños**, que consideramos que se complementan con lo que ya venimos planteando, ya que dichas estrategias apuntan a respetar las diferencias y los derechos humanos de todos los ciudadanos, sean o no consumidores de sustancias y por sobre todo a trabajar desde una política de salud que tienda a incluirlos y no a excluirlos. La política de salud debe resolver ó al menos reducir los problemas y los daños y no incrementarlos.

Desde el texto “*Hacia un pensamiento clínico del consumo problemático*” Edith Benedetti (2015), nos plantea las principales características de las estrategias de reducción de riesgos y daños.

Como primer punto remarca que es importante ampliar las posibilidades en cuanto a la oferta de atención, estableciendo “**objetivos múltiples e intermedios**”, esto sería “*adaptar las intervenciones a la heterogeneidad de los sujetos con consumo problemático y sus trayectorias individuales. Poder dar lugar a una relación profesional-usuario más flexible en la toma de decisiones, incorporando medidas que permitan un uso controlado de sustancias*”

Una de las propuestas que se formula desde dicho texto es la idea de “**regulación del consumo**”, está se entiende como un movimiento en la posición subjetiva del paciente. Lo que se pretende es que el paciente paulatinamente “*sea capaz de tomar ciertas decisiones respecto de su consumo*”, y que estos cambios subjetivos posibiliten un manejo del consumo. Lo que se busca es que el consumo “*deje de ser problemático, reducir el daño y el riesgo*” y poder llegar, en algunos casos a un “*consumo responsable.*” Ya que, como está plasmado anteriormente, “*no todo consumo es problemático*”

Cuando hablamos de “*consumo responsable y regulación del consumo estamos poniendo el foco en la concepción de integralidad del sujeto y la problemática.*” Es crucial “*descentrar la droga del análisis*”, retirarla del lugar de importancia que le dan otros modelos, porque esto permite que al correrla del eje en cuestión, el sujeto pueda evocar otras problemáticas que lo están atravesando.

Siguiendo el planteo de las estrategias de reducción de riesgos y daños, otra propuesta de intervención es la de “**umbral mínimo de exigencia o umbral mínimo de requerimientos**, en dichas estrategias la clave es la no exigencia de abstención para el inicio del tratamiento”, por lo tanto el propósito es dejar de consumir de modo problemático. Sin dejar de tener en cuenta que la idea de umbral mínimo de exigencia “*debe ser hecha en clave de época y situación.*” En definitiva, estas propuestas apuntan a la “*disminución del ingreso al consumo problemático y los riesgos que de ahí devienen.*”

Para poder llevar acabo dichas estrategias de intervención, se debe contar con un modo de trabajo que implique un compromiso interdisciplinario, ya que es una gran fortaleza a tener en cuenta al momento de intervenir. Sobre todo por el “*aporte de las diferentes miradas que permitan profundizar el análisis tan complejo que reviste esta problemática social.*”(Rodríguez, 2007: 13)

Benedetti (2015) también sostiene que el abordaje interdisciplinario tiene una gran importancia por estar enmarcado en la “*Ley Nacional de salud mental N°26.657, artículo 8° del capítulo V. En la cual se establece que la atención en salud mental queda a cargo de un equipo interdisciplinario, que incluye aéreas como la psicología, la psiquiatría, el trabajo social, la*

enfermería, la terapia ocupacional y otros campos pertinentes.” Del mismo modo que manifiesta el interés por que el abordaje también incluya “*la intersectorialidad*”, como dicha ley lo sugiere.

Por lo tanto, desde el trabajo social se debe promover a trabajar de manera interdisciplinaria e intersectorial, dado que el abordaje desde un solo lugar es insuficiente. Nosotros mediante el trabajo de campo, que nos permite el contacto con los sujetos para poder comprender y analizar sus problemáticas podremos ser un gran aporte para este tipo de abordaje.

Dentro de esta propuesta, hay que incluir también a las **organizaciones sociales**, puesto que, es “*desde ellas que se puede desarrollar un trabajo en red permitiendo la interacción con centros comunitarios, escuelas, hospitales e instituciones que se propongan trabajar esta problemática.*”. A partir del trabajo en conjunto se buscará “*propiciar el desarrollo de la solidaridad, conocimiento y organización, como modo de resistencia y abordaje de la problemática que permita reforzar el sentido de pertenencia y desde la misma comunidad propiciar la integración social*” (Rodríguez, 2007:13)

Para poder desarrollar una propuesta de intervención en consumo problemático como la que venimos planteando, es necesario concebir tres aspectos centrales, las adicciones dentro del campo de la salud mental, procurar que no haya distinción entre las sustancias lícitas e ilícitas y que se incluyan las adicciones en las políticas públicas con su correspondiente atención en los servicios de salud. (Benedetti, 2015)

La relación entre intervención y las políticas públicas deben tener cierta articulación y asociación, ya que ambas pueden marcar caminos hacia la recuperación de ciudadanía o reconstrucción de estas. (Carballeda, 2008)

“Las Políticas Públicas deben ser flexibles y tener la capacidad de adaptarse a circunstancias de índole singular, sin perder la centralidad que les da sentido total y perspectiva en función del Estado y la Nación. El modelo de las prestaciones uniformes en la Política Pública, está más relacionado con poblaciones homogéneamente constituidas y no responde a las necesidades de respuesta relacionadas con la heterogeneidad de lo social. De este modo, desde la Intervención es posible definir prestaciones a partir de necesidades más cercanas a la constitución heterogénea de éstas. Por otra parte, un abordaje transversal desde las Políticas

Públicas, requiere de una aproximación al conjunto de problemas, necesidades, padecimientos, expectativas, experimentados por una persona, surge en este punto la importancia de acceder a la trayectoria, historia de vida, potencialidades y perspectivas del sujeto.”(Carballeda, 2008:9)

“En este sentido, el papel del Estado a través de las políticas públicas, sería un eje de interpelación ineludible. No sólo respecto a indagar si estas políticas, en el caso de que hubiese, actúan o se proponen actuar desde el problema social, (...) sino desarrollando la capacidad propositiva del trabajador social, pudiendo hacer público lo privado visibilizando y potenciando la voz de los sujetos con quienes trabajamos, como modo de empoderamiento y exigibilidad de derechos, como forma de acceso real a los mismos.”(Rodríguez, 2007:12)

Debemos defender los derechos a la salud de todos los ciudadanos logrando el acceso de los usuarios de drogas a los servicios sanitarios, ya que todas las personas deben gozar del mismo.

*“Para ello, contamos con algunas “herramientas”, que pueden considerarse al momento de sugerir una política pública, específicamente en lo referente a su programación, por ejemplo en el orden de lo **administrativo**, exigir asignación de recursos, incidiendo en recordar el papel de la responsabilidad pública en garantizar el desarrollo pleno de la ciudadanía, a través de investigaciones, estudios etnográficos que permitan contribuir a visibilizar y jerarquizar problemáticas.”(Rodríguez, 2007:13)*

Hay que poder establecer en la sociedad la necesidad de sostener políticas que permitan respetar los derechos de los sujetos que consumen drogas, a la vez de respetar su elección de seguir las utilizando y reducir los daños sociales y de salud relacionados con ese consumo, que en nuestra sociedad son muchas veces mayores los daños sociales, que los que producen las drogas en sí mismas.

Reflexiones finales

Siguiendo la línea de nuestro trabajo, enfocado en el estudio de los diferentes paradigmas de intervención sobre consumo problemático. Trataremos de hacer un breve resumen del material trabajado y lo acompañaremos con un análisis sobre el trabajo social en dicha problemática.

Para poder pensar el trabajo social en el abordaje de consumo problemático, es necesario tener en cuenta las herramientas teóricas que nos van a guiar en nuestra intervención. Por lo tanto, vamos a plantear algunos conceptos que consideramos importantes para el trabajo del profesional.

En primer lugar, ya hemos expuesto en el desarrollo del trabajo las dificultades que se presentan al momento de pensar estrategias de intervención con dicha problemática. Ya que la heterogeneidad de la población y la diversidad de los abordajes conducen a la necesidad que el trabajador social desarrolle *“su capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y tornar efectivos los derechos, a partir de las demandas emergentes en el cotidiano. En fin, ser un profesional propositivo y no solo ejecutor”* (Iamamoto, 2003, pág. 33)

Igualmente, es necesario que el profesional cuente con los instrumentos necesarios para llevar adelante la intervención, *“La noción estricta de instrumentos como mero conjunto de técnicas se amplía para alcanzar el **conocimiento como medio de trabajo**, sin el cual ese trabajador especializado no consigue efectuar su actividad o trabajo. **Las bases teórico-metodológicas** son recursos esenciales que el Asistente Social acciona para ejercer su trabajo: contribuyen para iluminar la lectura de la realidad e imprimir rumbos a la acción, al mismo tiempo que la moldean. Así, el conocimiento no es sólo un **barniz** que se sobrepone superficialmente a la práctica profesional y que puede ser desechado; por el contrario, es un medio que permite descifrar la realidad y clarificar la conducción del trabajo a realizar.”* (Iamamoto, 2003, pág. 81)

Con estos dos conceptos ya nos podemos ubicar en que el profesional que intervenga sobre consumo problemático, lo va a realizar desde un análisis de la realidad en toda su totalidad, teniendo en cuenta el contexto, y el vínculo que tiene el sujeto con la sustancia. Sin sacar conclusiones apresuradas sobre la situación. Asimismo, nos lleva a proyectar **una intervención**

sobre situaciones, *“que se centra en características y funcionamientos, en problemáticas que es preciso desplegar; en interrogaciones que importa descifrar. No tanto para resolverlas como para dejarlas señaladas y contribuir a su elaboración, junto con el usuario. No obrar para él, sino con él. No para salvarlo, sino para acompañarlo con pasión y a la vez con distancia. No se trata entonces de imponerle que sea responsable, sino de proponerle que se las arregle para responsabilizarse de lo que pueda, en el marco de imposiciones objetivas, de límites socio-políticos dados, en el seno de una formación económico-social en la que no ha elegido vivir pero en la que debe vivir.”* (Kartsz, 2007, pág. 177).

La intervención sobre situaciones, en un escenario de consumo problemático de los jóvenes, nos proporciona la posibilidad de trabajar con el usuario y poder juntos armar estrategias que permitan una aproximación de la situación deseada por la persona. Tener en cuenta una participación activa del sujeto en la elaboración de las diferentes estrategias.

Sin embargo, el trabajador social, no trabaja solo, sino que su trabajo se enriquece si se aborda de manera interdisciplinaria e intersectorial. Ya que la complejidad de dichas problemáticas, necesitan de aportes de varias disciplinas para poder lograr un análisis más completo e integral.

“Es importante desatacar que el seguimiento de los procesos sociales y la investigación de la realidad social pasan a ser considerados como componentes indisolubles del ejercicio profesional y no como actividades complementarias que pueden ser eventualmente realizadas cuando se dispone de tiempo y de condiciones favorables. Esto porque el conocimiento de la realidad sobre la cual irá a incidir la acción transformadora del trabajo, según propósitos preestablecidos, es el presupuesto de aquella acción, en el sentido de permitir guiarla para alcanzar las metas definidas (...) es fundamental profundizar el conocimiento de la población a quien se dirigen los servicios profesionales.” (Iamamoto, 2003, pag.123-124)

La investigación además de permitirnos tener conocimiento sobre nuevos abordajes, y nuevos paradigmas, asimismo nos posibilita una comprensión en profundidad sobre la población con la que vamos a trabajar. Esto es de suma importancia, ya que, como mencionamos anteriormente, es una población vulnerable y estigmatizada por el consumo. Y un análisis del barrio, la familia y su entorno nos permitirán tener más herramientas a la hora de intervenir.

Otra de las cuestiones a tener en cuenta en el proceso de trabajo, es que éste se da en el marco de la institución para la que trabaja y por lo tanto, “el Asistente Social *no posee todos los medios necesarios para concretizar su trabajo: financieros, técnicos y humanos necesarios para el ejercicio profesional autónomo. Depende de recursos previstos en los programas y proyectos de la institución que lo requisita y lo contrata, por medio de los cuales es ejercido ese trabajo especializado. En otras palabras, parte de los medios o recursos materiales, financieros y organizacionales necesarios para el ejercicio de ese trabajo son brindados por las entidades empleadoras. (...) Por más que disponga de **autonomía relativa** para concretizar su trabajo, el Asistente Social para organizar sus actividades depende del Estado, empresa, entidad no gubernamental, las que posibilitan que los usuarios accedan a sus servicios, provean los medios y recursos para su realización, establezcan prioridades, interfieran en la definición de papeles y funciones que componen el cotidiano del trabajo institucional. Por eso, la institución no es un condicionante más del trabajo del Asistente Social. Ésta organiza el proceso de trabajo donde este participa.*” (Iamamoto, 2003, pág. 81-82)

Como por ejemplo, las directrices dictadas por las políticas públicas. En este sentido, la política social es una herramienta fundamental en la intervención del trabajo social, ya que da un marco para llevarla a cabo. No hay que olvidar que, “*la política social se reconoce a la vez por encima, por debajo y en el centro de la intervención. Pues ella determina los umbrales y los techos para que el recurso a la intervención social se torne concebible*” (Kartsz, 2007, pág. 175)

Hemos planteado algunos de los conceptos que consideramos importantes y necesarios para el profesional a la hora de intervenir, lo que no quiere decir que haya más material teórico que nos sirva de orientación. Es en la búsqueda permanente de más herramientas donde se encuentra la predisposición a una mejor intervención.

En el caso del abordaje de consumo problemático lo importante es, siempre tener en cuenta que no todo consumo es problemático, que las personas entablan un vínculo con la sustancia que es necesario conocer antes de intervenir. Para poder luego, junto con la participación del sujeto aspirar a reducir los daños y los riesgos, generar autonomía y poder construir un proyecto de vida. El abordaje se debe plantear desde una mirada de singularidad, en clave de época y situación. Y por sobre todas las cosas no olvidarse que ante todo es un sujeto

de derecho y que la ley de salud mental los debería amparar en este proceso. Hay que poder conservar el vínculo y la confianza para que los sujetos con dichas problemáticas puedan tener a quien recurrir cuando lo necesitan, sin sentir que son juzgados.

Anteriormente mencionamos la importancia de la política social en el trabajo social, y nos parece oportuno dar un ejemplo de cómo ésta sirve de marco para la intervención.

Siendo el programa Nueva oportunidad, una política social, consideramos que sirve como estrategia para el acercamiento a los jóvenes y poder así trabajar entre otras cuestiones, el consumo problemático, junto con las instituciones del barrio.

Desde el Centro de Salud Municipal Emaús, perteneciente al primer nivel de atención, ubicado en el barrio Fisherton Norte, distrito Noroeste de nuestra ciudad. Se trabaja en conjunto con otras instituciones del barrio, en la implementación del programa Nueva Oportunidad.

Dicho programa *“es una experiencia de intervención integral y territorial que aborda la problemática de jóvenes considerados en altos niveles de criticidad social; promoviendo acciones de reinserción e inclusión social y laboral en el marco de una política de empleo digno, convivencia ciudadana e igualdad de oportunidades.”*⁵³ Y apunta principalmente a *“jóvenes de entre 16 y 30 años que hayan dejado la escuela, no tengan empleo ni formación en oficios. Les permite capacitarse y participar de espacios de intercambio y reflexión para que adquieran herramientas de inserción laboral y hábitos de convivencia social.”*⁵⁴

Por medio de las capacitaciones en jardinería, letrista, y arbitraje (que estaban presentes en el año 2016), los profesionales de distintas aéreas, pueden trabajar y tener un acercamiento con los jóvenes de los barrios. Desde el centro de salud, ésta fue una de las iniciativas que los movilizaron para participar.

Más allá de las herramientas que brinda el programa en cuanto a las capacitaciones para una posible salida laboral. También cuenta con un espacio de retrabajo que se denomina “Tercer tiempo”, donde se abordan diferentes temas para reflexionar con los jóvenes. Uno de ello es la

⁵³ <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/jovenes/programa-nueva-oportunidad>

⁵⁴ ídem

salud, *“donde presentan variadas temáticas referidas al cuidado del cuerpo. Un eje fuerte es introducir la problemática de los consumos como problema social.”*⁵⁵

Es importante el abordaje que se hace desde este programa hacia los consumos, ya que les permiten tener alternativas de autocuidado y medidas de prevención. Siempre realizándolo desde un lugar de respeto por el otro, y con el acompañamiento de los profesionales, en este caso de la trabajadora social del centro de salud y de otras disciplinas.

Por otro lado, en cuanto a la salida laboral, si bien los jóvenes quedan satisfechos por los conocimientos brindados, se les dificulta el poder plasmarlos en la realidad a la hora de la búsqueda laboral. Lamentablemente suele ocurrir que por vivir en un barrio humilde, con noticias frecuentes de robos y muertes, la gente los estigmatiza y no les resulta sencillo conseguir trabajo por fuera de los límites en donde viven.

Además, es necesario reajustar las dinámicas de trabajo en dicho programa, ya que suele suceder que hay faltantes de recursos humanos y materiales. Por lo tanto, esto lleva a que a la hora del desarrollo de los talleres provoque inconvenientes para llevarlos a cabo, incluso genera malestares en los profesionales a cargo.

Una apreciación a tener en cuenta es que, por la población con la que se trabaja, sería conveniente poder brindarles a las jóvenes que participan en los talleres, un espacio donde poder alojar a sus hijos cuando concurren a la capacitación. Ya que muchas de ellas no tienen dónde o con quien dejarlos al cuidado y esto puede ser motivo de que falten o que asistan a los talleres con sus hijos, lo que impide que se puedan concentrar en la actividad del día.

Ciertamente este programa está logrando acercar a dicha población a las instituciones en donde se pueden pensar diferentes estrategias para una mejora de la calidad de vida de los mismos. El gran desafío a construir va hacer poder sostenerlo en el tiempo, pero de ello dependerá, no sólo de lo que las instituciones y lo que los profesionales hagan, sino también que las complejidades de las problemáticas que atraviesan los chicos se lo permitan sostener y principalmente de lo que el Estado pueda ofrecerles para poder cambiar su calidad de vida. Dejar de excluirlos y poder pensarlos desde la inclusión y los derechos sería la clave. Estos jóvenes

⁵⁵ Material del programa Nueva oportunidad brindado por el centro de salud Emaús.

están atravesados por la desigualdad social-estatal que los fue excluyendo de un sistema que ahora los quiere REINSERTAR, pero en desigualdad de condiciones. Necesitan de un empoderamiento que les genere la capacidad de poder ellos tener las herramientas para poder cambiar su realidad. Pero también necesitan que se los puedan considerar sujetos de derechos y que tengan las mismas posibilidades que cualquier otra persona. Mediante las herramientas que les brindas las capacitaciones y con el acompañamiento de un Estado presente a través de las instituciones, sus profesionales y como así también de una efectiva inserción laboral, estos jóvenes pueden llegar a construir su proyecto de vida.

Bibliografía

- Amorín, Eva. Capítulo: “*Voces de la sociedad civil*”. En Touzé, Graciela y Goltzman, Paula (compiladoras). “*América latina debate sobre drogas I y II conferencia latinoamericana sobre políticas de drogas.*” Buenos Aires. Intercambios asociación civil- Facultad de ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires.2011.Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/america-latina-debate-sobre-drogas-i-y-ii-conferencias-latinoamericanas-sobre-politicas-de-drogas/> Visto el día: 22/04/2017
- ARDA “*Asociación de Reducción de Daños de Argentina*” Disponible en: <http://www.infoarda.org.ar/>. Visto el día: 12/06/2018
- Boletín oficial de la República Argentina. “*Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos (Plan IACOP)*”. Ley 26934. 2014. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/REFwOHU3MkZEd0ZycmZ0RFhoUThyQT09>. Visto el día:14/06/2017
- Carballeda, Alfredo, “*Los escenarios de la intervención. Una mirada metodológica.*” En “*Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*”. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2008. Disponible en: https://www.margen.org/fragmentados/04_cuerpos_frag_cap3.pdf Visto el día: 15/12/2018
- Carballeda, Alfredo. “*La Adolescencia y la Drogadicción en los escenarios del desencanto*” en *Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición digital N°42 Buenos Aires. 2006. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen42/carba.html> Visto el día: 23/07/2018
- Carballeda, Alfredo. “*La Intervención en lo Social, las Problemáticas Sociales Complejas y las Políticas Públicas*” en *Problemáticas sociales complejas y políticas públicas*.

Revista CS, (1). Colombia. 2008 Disponible en: <https://doi.org/10.18046/recs.i1.409>
Visto el día: 14/12/2018

- Carballada, Alfredo. “*La prevención en drogadicción. Una mirada desde la intervención en lo social*”. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Desarrollo Social. Buenos Aires. 2008 Disponible en: <https://docplayer.es/7007396-La-prevencion-en-drogadiccion-una-mirada-desde-la-intervencion-en-lo-social.html> Visto el día:20/11/2018
- Carrió, Elisa y otros. “*Estupefacientes-ley 26052, modificatoria de la ley 23737. Derogación*”. Coalición cívica Ari. El senado y cámara de diputados. Buenos Aires. 2016. Disponible en: <http://www.ccaridiputados.com.ar/estupefacientes-ley-26052-modificatoria-de-la-ley-23737-derogacion/> Visto el día: 23/03/2018
- Cazzaniga, Susana y otros. “*Trabajo social y la cuestión Metodológica*” en Ciclo de Complementación Curricular. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. 2009. Disponible en: http://www.fts.uner.edu.ar/academica/ccc/archivos/catedras/1er_cuatrimestre_2009/CSeI_P/CSeIP_tecnicas_e_instrumentos.pdf Visto el día: 23/10/2018
- Corda, Alejandro “*Criminalización de los usuarios de drogas en la Argentina*”. En *Voces en el fénix*. Año 6 número 42. Revista del plan fénix. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2015 Disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/content/criminalizaci%C3%B3n-de-los-usuarios-de-drogas-en-la-argentina>. Visto el día: 3/12/2017
- Documento oficial del Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja “*La Reforma integral a la ley de estupefacientes y la identificación de políticas sociales*”. En sitio web del Colegio de abogados de San Isidro. Buenos Aires. Enero 2014. Disponible

en: <http://www.casi.com.ar/sites/default/files/Despenalizac%20o%20no%20II.pdf> Visto el día: 3/12/2017

- Documento oficial del Comité Científico Asesor en materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad compleja sobre los usuarios de drogas y las políticas para su abordaje. 2008 Disponible en: http://www.criticadigital.com.ar/documentos/Informe_Oficial_Comite_Asesor_adicciones.pdf Visto el día: 15/02/2018
- Edith Benedetti. “*Hacia un pensamiento clínico del consumo problemático.*” Ediciones Licenciada Laura Bonaparte, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015. Disponible en: file:///D:/Descargas/edoc.site_edith-benedetti-hacia-un-pensamiento-clinico-acerc.pdf Visto el día: 15/12/2018
- Graciela Touzé “Un camino hacia la construcción de políticas concertadas.” En Touzé, Graciela y Goltzman, Paula (compiladoras). “*América latina debate sobre drogas I y II conferencia latinoamericana sobre políticas de drogas*”. Buenos Aires. Intercambios asociación civil- Facultad de ciencias sociales, Universidad de Buenos Aires.2011. Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/america-latina-debate-sobre-drogas-i-y-ii-conferencias-latinoamericanas-sobre-politicas-de-drogas/>. Visto el día: 22/04/2017
- Heller, Ágnes. “*Sociología de la vida cotidiana.*” (1967) Colección socialismo y libertad. Libro 73. Traducción de J.F.Yvars y E.Pérez Nadal. Ediciones Península. Barcelona.1977. Disponible en: <https://docplayer.es/69335710-Sociologia-de-la-vida-cotidiana-agnes-heller.html>. Visto el día:15/03/2018
- Hourmilougué, Marcela Cristina. “*Concepto de Droga*”, Sitio Web sobre la Temática del uso indebido de drogas de la República Argentina. Organización Mundial de la Salud.1997. Disponible en: http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf . Visto el día:10/02/2018

- Iamamoto, Marilda. “*El servicio social en la contemporaneidad. Trabajo social y Formación Profesional.*” Editorial Cortez São Paulo. 2003
- Inchaurreaga, Silvia. “*La Criminalización de los usuarios*” en Diario digital *La Capital*. Sección opinión. Rosario. 2018. Disponible en: <https://www.lacapital.com.ar/opinion/la-criminalizacion-los-usuarios-n1642515.html>. Visto el día:07/08/2017
- Inchaurreaga, Silvia. “*Lo tóxico es penalizar el consumo*” en diario digital *Página/12*. Rosario/12. Sección Universidad. Rosario. 2016. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/25-56403-2016-09-10.html>
Visto el día: 07/08/2017
- Instituto de Investigación sobre Jóvenes, Violencia y Adicciones. “*Informe 2015*”. Diputados de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires. 2015. Disponible en: <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Articulos%20y%20documentos/ijovenes-2015.pdf>. Visto el día: Visto el día: 3/03/2017
- Intercambios “*Asociación Civil para el estudio y atención de problemas relacionados con las drogas*” Disponible en: <http://intercambios.org.ar/es/biblioteca/reduccion-danos-2/#1473881649828-bb7daa4d-e76d>. Visto el día: 22/04/2017
- Kartsz, Saül. “*Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínicas.*” Editorial Gedisa. S.A. Barcelona. 2007
- Kornblit, Dra. Ana Lía y otros.”*Prevención del consumo problemático de drogas.*” Ministerio de Educación; Unicef; Instituto de investigaciones Gino Germani. Buenos Aires. 2016 Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf. Visto el día: 11/03/2017

- Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 sancionada en el año 2010. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
Visto el día: 04/12/2017
- Material del Programa Nueva Oportunidad brindado por el Centro de Salud Emaús.
- Menéndez, Eduardo L. “Sustancias *consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos*” En *Salud Colectiva*, vol. 8, núm.1. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina. , enero-abril, 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73123964002.pdf>. Visto el día: 23/07/2017
- Noticia “*Arda pero no se queme*” en Diario digital *Página/12*. Buenos Aires. 2004. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-1248-2004-02-22.html>. Visto el día: 11/07/2017
- Noticia “*El Sedronar cambia de nombre y de funciones*” en Diario digital *Clarín*. Buenos Aires. 2017 Disponible en: https://www.clarin.com/politica/sedronar-cambia-nombre-funciones_0_Hy4-6CLLe.html. Visto el día: 04/05/2018
- Noticia “*La droga que quita el hambre: una epidemia que se expande en los barrios profundos de Rosario*” en diario digital *Rosario Nuestro. La voz de una ciudad*. Rosario. 2018. Disponible en: <https://rosarionuestro.com/la-droga-que-quita-el-hambre-una-epidemia-que-se-expande-en-los-barrios-profundos-de-rosario/> Visto el día: 11/09/2018
- Noticia “*La Sedronar abre en Rosario el primer centro para adictos a las drogas*” en Diario digital *La Capital*. Rosario. 2014. Disponible en: <https://www.lacapital.com.ar/edicion-impresa/la-sedronar-abre-rosario-el-primer-centro-adictos-las-drogas-n626450.html>. Visto el día: 13/06/2017

- Noticia “*Nación cierra en Rosario otro centro de atención de adicciones*” en diario digital *El Ciudadano*. Rosario. 2016. Disponible en: <https://www.elciudadanoweb.com/nacion-cierra-en-rosario-otro-centro-de-atencion-de-adicciones/>. Visto el día:04/05/2018
- Noticia: “*Se necesita una política de drogas y de salud distinta para minimizar riesgos*” en *Diario digital Conclusión*. Sección información general. Rosario.2016. Disponible en: <https://www.conclusion.com.ar/info-general/se-necesita-una-politica-de-drogas-y-de-salud-distinta-para-minimizar-riesgos/04/2016/> Visto el día: 20/04/2018
- Nowils, Helen “*La verdad sobre la droga. La droga y la educación*”. Unesco. 1975. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0001/000131/013163SB.pdf>. Visto el día: 13/07/2017
- Página web de la Municipalidad de Rosario. “*Programa Nueva Oportunidad*” Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/web/ciudad/jovenes/programa-nueva-oportunidad> Visto el día: 14/03/2018
- Paveto Ricardo (2010) “*Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones*” en Torres, Sergio y Marrazo L e Iglesias D. (compiladores) “*Paco, una década después...estructura de un problema y compilación normativa*” Editorial EDIAR, Buenos Aires.2016 Disponible en: <http://infoarda.blogspot.com/> Visto el día: 14/05/2017
- Plan de Prevención de Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas “*Si sentís que te caes, Rosario tiene una Red*” Municipalidad de Rosario. 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018_-_plan_rosario_-_santa_fe.pdf
- Rodríguez, Silvana. “*Dilucidando desde el trabajo Social, dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción.*” En *Margen. Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición digital. N°46. Buenos Aires 2007. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen46/interdrog.html> Visto el día: 05/11/2018

- Rozes, Diego. “*La criminalización de la tenencia de drogas para consumo personal ¿Solución o parte del problema?*” en *El psicoanalítico*. Parte 1. Publicación N°18 “narcotizados”. Buenos Aires. Julio 2014. Disponible en: <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num18/sociedad-bozzos-rozes-criminalizacion-tenencia-drogas-consumo-partel.php> Visto el día: 23/03/2018
- Ryan, Susana. “*Consumo de drogas!!! Consideraciones finales!!!*” Fondo de Ayuda Toxicológica-Tratamiento y Prevención de Adicciones. (F.A.T). Buenos Aires. 2018. Disponible en: <https://fat-ong.blogspot.com/2018/10/consumo-de-drogas-consideraciones.html> Visto el día: 23/11/2018
- Ryan, Susana. “*Prevención del consumo problemático de drogas. Desde el lugar del adulto en la comunidad educativa.*” Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires. 2009 Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001387.pdf>. Visto el día: 13/07/2017
- Sedronar “*Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas*” Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sedronar>. Visto el día: 17/10/2018
- Sedronar. “*Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020*”. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional-reduccion-demanda-drogas.pdf. Visto el día: 11/03/2018
- Touzé, Graciela, “*Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la ley de drogas*” en *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*. Año 2 - Nro. 4. Buenos Aires. 2012. Disponible en: http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/09_Touze.pdf Visto el día: 12/01/2018
- Touzé, Graciela. “*Argentina: ¿La reforma que viene?*” en Serie reforma legislativa en materia de drogas N° 6. Transnational Institute (TNI). Washington Office on Latin

America (WOLA). Julio de 2010. Disponible en:
<https://www.tni.org/files/download/dlr6s.pdf> Visto el día: 12/01/2018

Anexos

Anexo I: Entrevista al coordinador de la Institución (DIAT) Dispositivo Integral de Abordaje Territorial.

Entrevista realizada a Ignacio Canabal (I) psicólogo, coordinador de la institución.

A cargo de Romina Lorenzo (R).

Realizada el lunes 18 de marzo de 2019, en la institución, ubicada en Bulevar Segui N°5440.

Inicio: 13.30hs aprox.; Culminación: 14.15 hs aprox. Duración en minutos: 41.10 minutos.

R: ¿Cómo surge la institución..., eh, en qué año y cómo se da el surgimiento de la DIAT?

I: Bien, eh...,este dispositivo, que se llama actualmente DIAT, dispositivo integral de abordaje territorial se origina en el 2014, cuando la SEDRONAR, eh...,cuando estaba de secretario el cura Molina, que en la época del Kirchnerismo, eh...,decide hacer por primera vez en la historia de la SEDRONAR pasar de una lógica de un dispositivo centralizado sólo en Buenos Aires, que era un control de distintas cuestiones, a ser dispositivos territoriales en todo el país, que fue a través de la ley del plan IACOP.

R: (entrevistadora asienta) Iacop, si.

I: que es una ley que fundan los CET y los CEPLA que posteriormente se llamaron todos DIAT, pero su origen era la casa educativa terapéutica y las casa de prevención y después existían otro más que se llamaba PEC que eran puntos de encuentros comunitarios, eso fue un gran plan del gobierno durante el Kirchnerismo en el 2014.

R: (entrevistadora toma la palabra) perdóname, lo del plan Iacop ¿es lo de la ley de consumo problemático?

I: es la ley..., sí es la ley de consumo problemático, pero oficialmente, o sea, su verdadera función es la creación de dispositivos territoriales de SEDRONAR, o sea hasta ese momento..., (el entrevistado piensa y rearma el discurso) SEDRONAR se creó en el '89 con una de las primeras leyes que hace Menem por pedido de la DEA, básicamente de Estados Unidos y

hace lo que Estados Unidos no, ni siquiera hizo en su propio país, que es unir en la misma secretaría de Estado la prevención y la lucha contra el narcotráfico, algo que no tiene ningún tipo de sentido porque siempre todo dinero se lo llevo la lucha contra el narcotráfico y nunca hubo abordaje, posteriormente si uno lee políticamente lo que paso fue que durante la época de Granados creo que era..., (entrevistado piensa) no! Granero, eh..., le encuentran a la SEDRONAR una camioneta con una cantidad importante de cocaína y eso hace que se saque de la SEDRONAR todo lo que es..., eh, lucha contra el narcotráfico y se pase al ministerio de seguridad y sólo le queda a la SEDRONAR..., (entrevistado aclara) que posteriormente con Aníbal Fernandez el problema de la efedrina tampoco le queda el control de precursores químicos, y le queda exclusivamente lo que es abordaje.

R: claro.

I: entonces cuando le queda eso hay una fuerte decisión política, (comentario del entrevistado) la verdad que, en eso uno..., no importa qué color sea, me parece una decisión muy correcta, y deciden hacer alrededor de 250 dispositivos en todo el país, CET que era la casa educativa terapéutica que eran los de mayor complejidad, CEPLAS que son dispositivos territoriales de prevención de consumo, o sea no específicos, prevención no especifica y PEC que son los puntos de encuentros comunitarios que era el fortalecimiento de organizaciones sociales que ya estaban trabajando con consumo dándole unas herramientas teórico-practicas para abordar..., en términos políticos es..., digo, muy analizable..., que bueno, de esos 250 dispositivos que salieron algo así como 3 millones de pe..., (entrevistado corrige) 3 mil millones de pesos actualmente quedaron menos de 40, desaparecieron, hay notas sobre el lavado de dinero, desaparición sobre dispositivos, yo concretamente voy hablar de los de Rosario y puedo nombrar al de Baigorria que fueron como 2 paradigmas, el de Baigorria particularmente fue el primer..., la primera casa educativa terapéutica del país con un costo de 26 millones de pesos solamente en infraestructura, que funcionó durante un tiempo y actualmente se le cedió todo a la iglesia a través del padre misericordioso.

R: ¿tenía algún nombre esa institución?

I: se llamaba CET Baigorria y actualmente esta manejado por lo que es Fabián Belay y el padre misericordioso que se le cedió ese espacio, en la ciudad de Rosario se decide hacer tres dispositivos, dos CEPLAS, uno en las casas de las madres de plaza de mayo..., en sueños compartidos, uno en barrio La Sexta..., en la universidad, muy cerca de la universidad y éste que..., eh, se llamaba CET en su momento, que a diferencia de los otros..., (entrevistado aclara) uno era de alguna manera gestionado por el movimiento evita, el otro era gestionado por..., eh, la militancia universitaria de un color político y éste ..., eh se decide hacer una cogestión que actualmente es la única institución de la ciudad que incluye los 3 niveles del Estado, Municipal, Provincial y Nacional, participa salud y desarrollo social Municipal y Provincial, la SEDRONAR a nivel Nacional y también la Aprecod que es la agencia de prevención y abordaje del consumo problemático de la Provincia, esos son los que actual..., por esos son los que actualmente funciona la institución; se decide hacer esa unión en 2014, este predio que antes estaba funcionando lo que era el CPI, el centro de prevención integral de infancia, un equipo de municipalidad que trabajaba con primera y segunda infancia y un equipo de desarrollo social de la provincia que trabajaba por la tarde, se..., yo conformo..., a mi sé me convoca..., se me convoca desde la provincia, yo trabajaba en un CET de salud en Tablada en villa Manuelita y bueno me..., se nos dan una serie de cargos, 9 cargos y a mí la coordinación, y se..., conformamos un equipo que se hizo una selección de personal , todos profesionales de distintas áreas, psicólogos, psicólogos sociales, musicoterapeutas, profesores de educación física, profesores de canto y yoga..., eh, trabajadores sociales, y no me acuerdo si hay alguna otra profesión ; y bueno se decide utilizar este predio que era un lugar estratégico de la ciudad de Rosario, en el oeste, que..., uno de los con los peores indicadores de toda la ciudad y en un espacio que está muy referenciado, que es en el palacio Deliot, que hubo hogares, centros de prevención de..., un lugar territorialmente muy ubicado para todo el barrio, todo el barrio sabe que acá pasa algo que tiene que ver con jóvenes o niños, entonces es algo que para lo que es un dispositivo territorial es interesante, y se hizo una unión con un equipo de desarrollo social que ya estaba trabajando con adolescentes de 16 a 18 años con otra población totalmente diferente, pero bueno, se hace una unión de los dos equipos en la..., en el trabajo concreto de conformar un proyecto institucional unificado entre lo que es la Provincia, Municipio y la Nación para abordar la problemática de consumo en un momento donde la línea de la SEDRONAR era muy amplia, había hasta comunidades cerradas religiosas, hasta esto qué es lo más avanzado en vanguardia

progresista a nivel paradigmático de lo que trabajamos; entonces desde el 2014 hasta acá había tres niveles de contratación distinta de los trabajadores, trabajadores de la planta municipal, trabajadores de planta provincial y trabajadores que llegaron a través de una beca de Nación que digamos..., un poco, o sea, en pocas palabras era un modo de precarización bastante violento de los trabajadores a nivel...

R: (entrevistadora toma la palabra) ¿los médicos comunitarios?

I: el programa médicos comunitarios que se sostuvo durante..., sigue existiendo, ahora cambio a una beca fondo estímulo, acá ni siquiera se completo el..., la carrera universitaria que tendría que haber sido de médicos comunitarios..., un programa..., una beca de posgrado que se tiene que hacer y que desde acá no se le pago a la universidad y se cayó y actualmente esos médicos comunitarios están trabajando con esa beca, más un refuerzo de sueldo de la agencia provincial; y mi cargo sí depende de la SEDRONAR, estoy licenciado sin goce de sueldo de la provincia y antes, ahora ya no es, pero había un vice que era de la municipalidad y todo el espacio se gestiona tripartitamente lo cual es..., complejo y difícil; pero bueno, actualmente somos la..., con la Estación, que es el otro dispositivo público que hay, el dispositivo público de salud mental y abordaje de consumo casi único en la ciudad; esa es la historia de cómo llegamos y sobrevivimos hasta acá.

R: está bien; antes de salir del tema de la SEDRONAR, ¿hoy por hoy la institución sigue digamos..., conectada con la SEDRONAR?, ¿de qué manera?; aparte de los presupuestos, o ¿simplemente cuestiones de líneas de trabajo?

I: sí, a ver..., nosotros con la SEDRONAR seguimos trabajando, lo primero y más interesante que incorporó la SEDRONAR fue estos 9 cargos y 6 millones de pesos para la refacción del edificio, este edificio estaba muy diferente y se utilizó esos seis millones de pesos, fue difícil ejecutarlos, pero se hizo con el tiempo, para una mejora edilicia que funcionaba; y posteriormente una..., una enorme compra de equipamiento que tardó 3 años en llegar porque fue con el Ministerio de Planificación con De Vido, que con el cambio de gestión todo eso quedó trabado por distintas irregularidades presupuestarias, pero posteriormente se logró destrabar y

está; y sí nosotros seguimos respondiendo a la SEDRONAR, como a los otros 2 niveles del Estado, a nivel administrativo de seguimiento de situaciones, registros, planillas; y a nivel teórico, si también nosotros trabajamos... , ha habido distintos manuales de la SEDRONAR que delineaban la línea de abordaje; históricamente la SEDRONAR..., eh, tomó una decisión política que viene de los '90 que es no tener un tratamiento específico sobre la problemática de consumo, sino que financia a tercerización de abordajes de distintas características, o sea, lo conocido como las comunidades terapéuticas...

R: claro...

I: la SEDRONAR de lo único que se encargaba era de financiar eso sin tener dispositivos propios, esta es la primera vez que en la historia de la SEDRONAR tiene dispositivos propios y hubo 3 manuales diferentes con distintas líneas, desde la época de Molina hasta el último que salió en la gestión de Lerner que era..., que él venía del SENAF, y son líneas de abordaje que..., bastante interesantes sobre todo la última que sí sostiene lo que es..., eh, respeto por la vida y salud mental , el respeto por la reducción de daños ..., y bueno una ampliación grande de la franja etaria, o sea, en su origen la SEDRONAR planteaba de 0 a 99, que es muy difícil en estos tipos de dispositivos, pero con un gran eje en trabajar juventud, nuestra población objetivo es de 14 a 25 años y reales 12 a 35, esa es la línea de personas con la que nosotros trabajamos y después se dio un gran eje, sobre todo en esto lo que eran los CETS y ahora los DIAT en una línea de abordaje clínico del abordaje de consumo dejando un amplio criterio de que hace cada dispositivo y pudiendo eso trabajar , la verdad que de una manera..., de nuestra parte interesante y sobre todo esto que sea, los 2 principales ejes, la 2 columnas teóricas que nosotros tenemos son, la ley de salud mental y la ley de protección integral de niñas, niños y adolescentes y el plan IACOP son como nuestros grandes ejes; después cuanto uno tironea de eso y que construye con eso, queda bastante libre a cada uno de los dispositivos, nosotros eso lo fuimos extremando y nosotros trabajamos desde otras líneas teóricas, pero eso sería lo que SEDRONAR nos pide concretamente.

R: claro, eso es lo que baja SEDRONAR, después ustedes, digamos..., se adaptan y lo manejan en territorio.

I: sí, nosotros vamos un pasito más adelante y nosotros decimos que trabajamos de distintas líneas teóricas, nosotros trabajamos..., bueno, esto de la ley de salud mental sin duda, la ley de protección integral sin duda, y nosotros trabajamos dos línea que para nosotros son fundamentales, una es la epistemología de la complejidad, que nosotros trabajamos todo desde equipos interdisciplinarios y entendemos que ante problemáticas complejas, respuesta complejas, cada joven que viene acá construye un recorrido individual, no hay recorrido de tantas horas a tantas horas y..., sí o sí tiene que tener un psicólogo, ó sí o sí tiene que pasar por el abogado, sino que se hace un recorrido subjetivo e individual que puede ó no requerir un abordaje clínico, pero sí un fuerte abordaje clínico en las situaciones de alta complejidad y nosotros tomamos una línea teórica que..., que bueno no es muy conocida pero que nosotros , primero comenzamos trabajando con reducción de daños, nosotros por ejemplo a los jóvenes..., eh, vienen acá bajo los efectos de sustancias y nosotros trabajamos con eso, nadie se lo hecha acá por venir bajo los efectos de la sustancia, si sé le hace una evaluación para ver si puede estar en espacios grupales o tiene que ir a un espacio individual, ó tiene que ir a ésta sala de umbral mínimo para bajar un poco y después nosotros también, por ejemplo los jóvenes que vienen..., acá nosotros tenemos una gran cantidad de población de la comunidad Qom, entonces trabajamos con sustancia como poxiran mucho, y otras sustancias, y nosotros, por ejemplo, joven que viene con una sustancia, (entrevistado aclara), nosotros no permitimos que haya sustancias durante el transcurso de la jornada, entonces nosotros si alguien viene con poxiran, cocaína, marihuana, nos la tiene que dar, nosotros la guardamos en un lugar, en una bolsa, la etiquetamos con el nombre de la persona, (entrevistado aclara) ,porque nos ha pasado que nos han pedido sustancia de otras personas (risa de ambos), y se la llevan al retirarse, no se los denuncia obviamente y tampoco se las quita, nosotros creemos que no porque fomentemos que las personas vengan con sustancias, sino que nuestro primer objetivo es que la persona llegue..., no que sea expulsivo; y muchas instituciones plantean que para venir a una institución que aborda la problemática de consumo no tiene que estar bajo los efectos de la sustancia, ni tenerla, entonces sería como pedirle..., no sé, un enfermo de tuberculosis que no tosa cuando va a una reunión ó que este curado antes de empezar el tratamiento, entonces para nosotros eso es algo importante; y la otra línea teórica que nosotros tomamos, una línea que ..., nosotros participamos de algunos encuentros de reducción de daños a nivel latinoamericano, una línea teórica que la construye, (entrevistado aclara) la construimos nosotros también porque estuvimos ahí en sus orígenes pero..., que la [¿?] un brasilero Antonio

Nery Filho que es..., la reducción de daños, una crítica que se le hace, que para mí es interesante siendo una línea que nosotros trabajamos a veces queda mucho en lo técnico, y ¿porque digo lo técnico?, porque 'reemplazo de jeringa por material descartable, utilización de preservativos, utilización de un snif kits para consumir cocaína..., bueno, nosotros lo que llamamos de nuestro trabajo principalmente es, la restitución de derechos, y la reducción de vulnerabilidades, por reducción de vulnerabilidades nosotros nos referimos a todo lo que incluye reducción de daños, pero también nuestro objetivo es no poner en eje una sustancia y no poner en eje una sustancia es..., vamos a tomar un caso concreto, por ejemplo, viene un joven del barrio toba que consume poxiran en exceso lo echaron de una escuela y lo echaron de un CCB, entonces no podía recorrer ningún lugar institucional; nosotros lo incluimos a ese joven..., eh, y de ése joven nosotros el problema de consumo de poxiran pero, ¿Qué es la reducción de vulnerabilidades?, nos dimos cuenta que no tenía DNI, conseguirle el DNI, nos dimos cuenta que nunca había ido..., no había terminado segundo grado..., un joven de 16 años, se lo incluye y se le restituye el derecho a la educación, tenía un centro de salud de referencia pero no podía ir porque tenía [¿?], se trabaja con el centro de salud para que lo vuelva a incluir y que tenga una referencia en salud; y así, con cada uno de los programas..., algunos dicen, 'pero bueno eso no es trabajar el consumo', para nosotros la especialidad de trabajar en consumo incluye la restitución de derechos, ¿Por qué?, porque las personas que consumen, consumen por una razón, cada uno tendrá una situación individual de porque, pero nosotros particularmente , esta institución que el 90% de los jóvenes que vienen son del oeste, es una institución territorial, entendemos que la problemática territorial y la problemática de la pobreza y la restitución de derechos es la mejor forma de abordar específicamente la problemática de consumo; si bien nuestro objetivo principal no es que deje de consumir sino que tenga un proyecto de vida al cual llegar, es esa la vía por la cual nosotros trabajamos, ese es como nuestro lineamiento teórico más fuerte y concreto y por el cual nosotros trabajamos y después básicamente llegan acá jóvenes de todas las edades, tenés una paridad de casi hombre-mujer, que fue todo un laburo, y llega cualquier persona derivada del sistema público, centro de salud, CCB; organizaciones sociales de cualquier tipo.

R: (entrevistadora toma la palabra)...eso te iba a preguntar, ¿si trabajan con organizaciones sociales?

I: sí con organizaciones sociales y demanda espontanea, o sea, personas que vienen..., mucho también tenemos derivaciones de pares, que son derivaciones de los mismos jóvenes que vienen acá, que traen amigos y lo único que no recibimos..., sería, por privado, o sea, no privado que venga una persona..., porque eso sí, sino como un psicólogo ó un psiquiatra que atienda en un consultorio privado no nos puede derivar porque esos tienen otro circuito, el resto..., todos pueden venir

R: aunque ya me lo comentaste anteriormente, me gustaría que expliques un poco más, si puedes, ¿de qué manera trabajan con las instituciones del barrio?

I: sí, nosotros fomentamos acá 2 cosas, una el trabajo interinstitucional, por dos cuestiones, una que estuvimos 2 años refaccionando el edificio, asique imagínate que, lo que vos ves ahora, que hay 10 salas, gimnasio..., todo, antes estábamos todo en el obrador de allá que es una sala, (referencia espacio de la oficina donde estábamos realizando la entrevista) 3 veces esto, 20 trabajadores y 40 jóvenes por 1 año y medio; entonces lo que hicimos fue generar todos lazos interinstitucionales, nosotros por ejemplo ahora tenemos, 5 Nueva Oportunidad que tenemos en esta institución, uno solo funciona acá adentro que es estética, manicuría y maquillaje social, pero después tenemos, 2 de huerta que tenemos la huerta comunitaria que lo hacemos nosotros y el centro de salud; entonces eso facilita que los jóvenes del centro de salud conozca este dispositivo y que los jóvenes que asiste acá, por ejemplo el administrativo está en el Nueva Oportunidad, entonces cuando después tiene que pedir un turno, para ir al dentista, para ir al médico, se lo van a pedir al administrativo que ya conocen por el Nueva Oportunidad y es mucho mas fácil pedirle un turno; y después tenemos en el club 20 Amigos, que es un club que esta Felipe moré y Uruguay, acá cerquita, acá a unas 4 cuadras, sostenemos 2 Nueva Oportunidad serigrafía y carpintería, eso lo sostenemos nosotros con el club, extensión universitaria y el centro de salud, lo cual todo eso hace que los jóvenes que hacían ese mismo recorrido, ir al club, al centro de salud y venir acá, encuentren a todos los actores trabajando juntos, sino que también nosotros tenemos una rotación de información y de..., fluidez y de poder tratar con las instituciones que es muy superador, eso para nosotros es fundamental y lo mismo con organizaciones sociales cuando se les presentan situaciones de consumo muy complejas..., trabajamos y con instituciones como los centros de salud y los CCB...eh, otro de los trabajos, a parte de nosotros, nuestro objetivo es no

ser una institución total, entonces si hay jóvenes con problemas de salud, nosotros lo referenciamos al centro de salud y hacemos una interacción con el centro de salud para que vaya, si tiene que tomar medicación, se las entregan en el centro de salud, no acá; nosotros tenemos una aula radial acá que depende del Ministerio de Educación que tiene un título oficial, pero nosotros siempre priorizamos que vaya a la escuela del barrio, cerca de su casa; ya cuando todo fracasa y nosotros conocemos las escuelas, tuvimos que terminar teniendo una escuela acá, pero no es nuestro objetivo, o sea que este una escuela acá es una posibilidad para los jóvenes pero es una falla del sistema educativo, no es algo que este fomentado por nosotros; y en los centros de salud y CCB nosotros supervisamos muchas situaciones que no pueden llegar acá, nosotros tenemos alguna especie de conocimiento técnico específico, entonces supervisamos también con los centros de salud, o por ejemplo, acá hay psicólogos , una cantidad grande de psicólogos, pero por ejemplo, si un..., uno de los usuarios que viene acá al dispositivo, ya tiene entrevista psicológica en el centro de salud, la tiene que sostener en el centro de salud para mantener esa referencia porque es muy superadora; lo mismo con instituciones barriales, iglesias que están donde muchas horas nosotros no estamos, ellos están, entonces nosotros siempre fomentamos la multiplicación de referencia y no tanto la referencia única al dispositivos, si bien es más fácil para trabajar, después termina siendo mucha más rengo, porque te puede pasar que..., por problemas de seguridad no puedas venir, por problemas con jóvenes, por un problema clínico y que se queda en cero, entonces nosotros siempre multiplicar la referencia para nosotros es el modo de abordaje de garantizar alguna cuestión.

R: aparte si se trabaja en red es mucho más contenedor para todos los profesionales también, menos peso..., sino todo cae sobre ustedes.

I: exacto, nosotros una de las planillas que nos pide SEDRONAR por ejemplo es, interacciones que tuviste con otras instituciones y el año pasado interactuamos con 92 instituciones.

R: re bien, buenísimo.

I: sí, nosotros estamos actualmente con una asistencia de 77 jóvenes por día, sin contar los Nueva Oportunidad que debemos llegar a mas o menos a 100...120, somos actualmente de jóvenes una

institución, primera..., segunda específica, no clubes que por ahí pueden recibir 500mil pibes , sino de situaciones específicas de consumo somos uno de los más grandes.

R: ¿qué horarios maneja la institución?

I: nosotros trabajamos de lunes a viernes de 9 a 17hs, ese es el horario que funciona el dispositivo, y después a contra horario funciona el club que esta..., acá en el predio que funciona de 18 a 21hs y los fines de semana..., o sea en el predio hay actividad..., salvo a la noche, todos los días todo el tiempo.

R: me gustaría saber ¿cuáles son los talleres que hay en la institución?

I: acá van variando, y nosotros tenemos un lineamiento que también ha sido muy trabajado donde..., nosotros acompañamos todos los talleres con profesionales, para que aquellas personas que vienen de afuera, no tienen porque conocer la subjetividad de cada uno de los jóvenes, ni los acuerdos que tienen con nosotros, ni las problemáticas particulares de cada uno, entonces, todos los espacios están acompañados por 1 ó 2 profesionales nuestros que se encargan de mantener los acuerdos y saber cuestiones específicas de cada uno de los jóvenes; todos los jóvenes tienen equipos de referencia construido en relación a duplas o tres personas, y están pensando esa situación y asesoramiento clínico y las referencias se crean por el deseo de los jóvenes y a veces por deseo nuestro de quien puede interactuar con ellos; y los talleres que nosotros tenemos, (entrevistado aclara) porque acá es como que vos tenés el DIAT que es un gran dispositivo y dentro de ese DIAT, hay varios dispositivos, uno sería lo que se llama centro de día, otro sería como dispositivos mas clínicos, otro serían los dispositivos de..., supervisión por ejemplo, y lo que es específicamente centro de día, hacemos una separación entre los que sería, espacios convivenciales , que los espacios convivenciales serian en desayuno, la merienda, el almuerzo, que son dispositivos en sí mismo, de intervención, de todo, donde aparece..., probablemente donde aparece el material más rico...,eh, que tienen ahí también, son pensados y hay equipos específicamente que están pensando en esos dispositivos, no es solamente alimentar, o sea acá solamente se garantiza la alimentación de las personas que esta acá , pero pensar esos dispositivos, es un dispositivo en sí mismo y también otros espacios de tiempo libre que son el

metegol, el ping pong, futbol, también son pensados; y después lo que es talleres específicamente tenemos, todos los días el aula radial de 10 a 12.15hs, que son la primaria multigrado, después tenemos, futbol..., eh, tenemos en el verano la escuela de natación y pileta libre, tenemos cine, tenemos..., fotografía experimental, que es esa pequeña muestra de fotografía , tenemos Mai Tai que es un arte marcial Tailandés, tenemos gimnasio, tenemos trote..., que ahora estamos..., que ahora uno de los profes de educación física está entrenando jóvenes para correr maratones, en Mai Tai ya han salido varios boxeadores amateur desde acá desde el dispositivo y también para rendir cinturones..., eh, música que es otro dispositivo..., eh, un espacio de literatura, que es un espacio libre, que la verdad yo no le tenía tanta esperanza y funciona muy bien, donde se leen cuentos, se les lee, se nos lee, que es un espacio muy interesante...eh, la sesión de masajes, que es un espacio del cuidado del cuerpo y autoconocimiento, de hacer masajes y que te dejen hacer masajes; en estos barrios particularmente el conocimiento del propio cuerpo y dejarse tocar no violentamente es todo un descubrimiento..., eh, y después hay un programa que se llama luces, que es un programa de acompañamiento de lectura y escritura , que se trabaja con todas otras instituciones, que ya va por el 3er año y ya publicamos 2 libros, con textos de los jóvenes, el año pasado hubo 16 autores de acá de la institución, esta re bueno el laburo..., un laburo re lindo..., y creo que nada mas..., no me olvido de nada mas..., las duchas, un espacio que también va acompañando..., y creo que nada mas..., que actualmente creo que esos son los dispositivos..., nosotros los vamos variando, cada 4 ó 5 meses hay a veces talleres de cocina..., eh, bueno, todos los Nueva Oportunidad que son también parte del espacio.

R: estos dispositivos ¿son creados por ustedes ó bajados de la SEDRONAR?

I: no, son..., la SEDRONAR no te plantea requerimientos en relación a que tenés que dar, si obviamente el centro de día está pensado para que allá talleres..., tiene una oferta la SEDRONAR que específicamente..., que nosotros como somos una institución tripartita utilizamos recursos de los 3 niveles del estado entonces eso nos garantiza..., y después que, nosotros como equipo tenemos la decisión institucional de que muchos de los talleres los damos nosotros, hay otros que no; por ejemplo las chicas de cine son un programa de la provincia..., de desarrollo social de la provincia, ellas tienen una contratación y hacen cine y fotografía..., eh; pileta por ejemplo lo hacemos en conexión con el polideportivo municipal y el programa jóvenes

de desarrollo social de la muni..., Mai Tai lo da un profesor de acá; el programa luces, que es un programa también de desarrollo social de la provincia, que lo utilizamos desde ahí; futbol es algo que lo hacemos nosotros pero deportes de la muni pone un profe que hace algunos entrenamientos específicos de deportes y así vamos..., vamos mechando distintos programas..., el aula radial depende de la escuela n°30 del Ministerio de Educación; entonces todos esos son ..., mi trabajo particularmente es cogestionar lo que tenemos acá.

R: esta bueno esto que me decís que pueden tener recursos de los tres niveles, y mucho más interesante es que además trabajen con sus propios recursos.

I: es la única institución tripartita que hay en la ciudad, gestionar una institución tripartita, y eso habla de mi trabajo exclusivamente, es muy difícil porque, básicamente si bien todos estamos de acuerdo ideológicamente en hacerlo, hay una gran problemática, y sobre todo a nivel recursos, 'todo es de todos y nada es de nadie', entonces si se rompe un inodoro..., eh, no sé, un pibe rompió un inodoro, bueno..., ¿quién lo paga al inodoro?, la muni, la Provincia ó la Nación , todos se van a echar la culpa entre todos, entonces, ó le pedís a los 3 y ves que pasa..., y es muy difícil; lo mismo pasa con los programas no puedo utilizar los programas de los 3, a título personal, son recursos que van variando ..., es todo un trabajo interesante y un aprendizaje para los que somos gestores y para todos, ir aprendiendo eso e ir confiando entre todos..., y poder se puede..., es difícil, siempre es más trabajo , pero si es interesante que los equipos (entrevistado aclara) esto es una subjetividad que varía de cada equipo y no tiene que ver con la línea ni teórica de la SEDRONAR, ni la muni, ni la Provincia, sino una línea teórica desde este propio dispositivo, en que los profesionales, todos podemos ser parte de los talleres, es parte de nuestro trabajo y..., nosotros hacemos fuerte hincapié en que las entrevistas de admisión las puede hacer cualquier profesional; lo clínico muchas veces..., no solamente lo hacen los psicólogos , pero no solo ellos; cuando faltan personas de la cocina nosotros también acompañamos eso; y para nosotros es muy enriquecedor como equipo y algo a trabajar para poder sostener los lugares ..., porque bueno, sino el profesional en general tiende a recluirse en lo específico y evitar el contacto con los jóvenes y con el territorio, y este es un dispositivo que..., que básicamente fomenta eso, ser un dispositivo territorial , que trabaja con los jóvenes en territorio, que recorre el territorio y que construye sus propios saberes y..., eso permite un material clínico muy superador..., y nosotros,

nuestra principal línea teórica aparte de las que ya te nombre es el trabajo con el vínculo, nosotros construimos vínculos afectivos con cada uno de los jóvenes y no es una cuestión de voluntad y de que somos buenos..., o sea, son jóvenes que donde la referencia adulta ha desaparecido y que es muy difícil de reconstruir eso y la referencia adulta cae en nuestro lugar, cumplir con nuestros acuerdos, cumplir con lo que se promete, tener un conocimiento de que se acordó es nuestro trabajo..., y ese trabajo creado a través del vínculo es lo más potente clínicamente para todos..., entonces sostener un espacio, o si no es nuestro taller de todas maneras..., por ejemplo murales; uno de los que me olvide de nombrar..., murales viene un profesor de la dirección de juventudes, pero nunca esta solo ese profesional, ¿Por qué?... porque si él viene 1 hora..., 2 horas por semana, y no puede saber si tal joven está consumiendo mas, menos, si nosotros hicimos un acuerdo de que él bajo los efectos de las sustancias puede participar igual, pero si se pone violento esa semana..., eh, va a tener que hablar con su psicóloga en ese momento..., o si esa misma noche sufrió un abuso, el no nombrar ciertas cosas..., o sea, por ejemplo muy concreto..., jóvenes que la dirección de niñez tuvo una medida excepcional con su hijo y nosotros estamos trabajando la re-vinculación, esa persona tiene un particular recuerdo con que su hijo le encanta el puré, entonces las veces que le hemos servido puré se ha brotado y se ha cortado con una botella dentro del dispositivo las venas, no se..., tener ese recaudo de..., no se no servirle puré..., es algo muy fino clínicamente..., ó que hay ciertos jóvenes que ..., nosotros somos una institución de salud mental también y que tiene psicosis..., que ciertas cuestiones..., eh, que son indicadores que se puede llegar a desarrollar una cuestión..., hay una cuestión clínica que se llama 'aura' a ciertos elementos clínicos que aparecen previo a una situación, entonces por ejemplo, nosotros sabemos que hay cierto joven por ejemplo que antes de ciertas crisis se le pone la voz finita y habla con una tonada distinta desde otro lugar..., que tiene que ver con su historia personal y..., que hay ciertos jóvenes con psicosis que después de comer vomitan siempre, pero porque tiene una cuestión con sus órganos internos, que hace que vomite..., todas esas cosas el tallerista no las puede saber porque no tiene la cantidad de tiempo, ni la necesidad de saberlo, y por eso todos los espacios son acompañados por profesionales..., entonces esa es la línea con la cual nosotros pensamos, y bueno, cada profesional cumple una función diferente sin olvidar la especificidad..., o sea no es lo mismo el abogado que nosotros tenemos, que la trabajadora social que cumple otra función.

R: ¿tienen acompañante terapéutico acá?

I: no, nosotros no tenemos acompañante terapéutico, en general a los acompañantes terapéuticos los hacemos esperar afuera..., o sea que vengan, que estén, que conozcan el dispositivo, entran..., salvo algunas veces que la persona quiere que se quede, en general preferimos que no, porque es un espacio de jóvenes para jóvenes, nosotros sabemos trabajar con eso y es una institución compleja, o sea a nivel..., nosotros somos un 3er nivel de institución que acá hay piñas, armas, cortes, brotes psicóticos..., todo, todo sucede acá en esta institución..., pero bueno, es nuestro mandato.

R: bueno, muchísimas gracias por la información, me pareció muy interesante el trabajo que realizan.

I: de nada, una cosa más que me gustaría agregar es que nosotros trabajamos de modo ambulatorio a propósito, nosotros estamos en contra de las comunidades a puerta cerrada y cualquier cuestión que vaya en contra de la ley de salud mental..., y siempre el tratamiento ambulatorio es prioritario y cualquier cuestión en contra de la voluntad del usuario para nosotros está destinada al fracaso, solamente puede ser utilizada en cuestiones donde corre peligro la persona ó terceros y tiene que ser por el menor tiempo posible porque esa es la ley y nosotros creemos fervientemente en eso política y teóricamente..., y toda la línea..., muchas de las instituciones de la ciudad de Rosario y del país están en contra del artículo 4 de la ley de salud mental de la elección de los usuarios voluntariamente de que tratamiento, donde y como va hacer, es nuestro mantra fundamental ...; después nosotros podemos poner el cuerpo, podemos..., nos pasa de todo..., desde que nos roben hasta que nos pretenden pegar..., de todo ha pasado en esta institución, pero eso es algo que no se negocia..., en la SEDRONAR eso varía, porque vas a tener desde el CET de Baigorria manejado por la iglesia, abstencionista de tono religioso, hasta el comedor que tiene el poster gigante del aborto y la bandera de la diversidad.

R: claro, son variadas las instituciones, yo justamente también tomo en mi tesina a Intercambios y ARDA... ¿ustedes trabajan con ellos?

I: nosotros con intercambios hemos hecho charlas acá, yo particularmente con intercambios he trabajado mucho, eh hablado en el senado por Intercambios, con suerte con todo esto mas del mundo de lo cannabico hemos ido a reuniones en distintos lugares de Latinoamérica, en Uruguay..., nosotros estamos dentro de una red de referentes de reducción de daños de Latinoamérica que participamos con Intercambios y cada tanto damos charlas con Graciela Touzé..., y con ARDA teóricamente con Silvia Inchaurrega , nosotros hemos mamado, ellos son precursores y siempre eso hay que admitirlo y bueno siempre hay una..., una..., ellos siempre han sido una ONG interesante pero bueno, nosotros hemos ido por la línea estatal, formal y llevarlo a un nivel de política pública y no tanto del laburo propiamente del trabajo de la ONG ..., yo tengo por un lado mi ONG que trabaja con cannabis medicinal y políticas de drogas y este que es un trabajo específicamente de incidencia ..., o sea de trabajo territorial con un objetivo real de que este tipo de dispositivo sea multiplicado como política pública.

R: ¿vos me dijiste que con APRECOD también trabajan? ¿A nivel de recursos?, o ¿de qué manera?

I: claro, nosotros los trabajadores que dependen de SEDRONAR que son 8 personas..., 7 ahora, tienen un sueldo de la SEDRONAR, muy pobre..., de la precarización extrema y ..., para que no se vayan..., porque la verdad que los sueldos eran lastimosos, la agencia le cubre un porcentaje del sueldo y sí participa de reuniones interinstitucionales ..., porque nosotros..., a ver..., lo otro más difícil de hacer una gestión intersectorial es que 'yo soy mi propio jefe y no' ...,¿ porque?..., a ver..., yo tengo un jefe por encima mío en la SEDRONAR, pero al mismo tiempo tengo un jefe en la secretaría de desarrollo, en la secretaría de desarrollo de la muni, en la secretaría de desarrollo de la Provincia..., entonces, ¿Quién es mi jefe?..., 'todos y nadie'..., entonces nosotros tuvimos que construir una mesa intersectorial de instituciones de todos los referentes de Estado para poder cogestionar este dispositivo..., que haya alguien que decida ..., ¿quién decide hasta que horario abrimos?..., ¿quién decide qué población tomamos?..., ¿quién decide cual es la prioridad en que gastar la plata?..., bueno, eso lo tiene que decidir alguien..., bueno y eso en los lineamientos es imposible, ó alguien toma y decide todo o creas mesas de gestión intersectorial, que es muy difícil también, porque cada uno tiene su interés, ahora más o menos a nivel

municipal y provincial son del mismo color, pero cuando yo empecé eran muni, Provincia y Nación eran todos de distintos colores y todos con intereses diferentes.

R: me imagino lo difícil de organizar una reunión..., bueno, muchísimas gracias nuevamente por tu tiempo.

I: no hay problema, para lo que necesites avísame.

Anexo II: Entrevista al co-coordinador de la Institución La Estación.

Entrevista realizada a Lautaro Danna (L) Trabajador social, co-coordinador de la institución.

A cargo de Romina Lorenzo (R).

Realizada el Viernes 22 de marzo de 2019, en una estación de Servicio.

Inicio: 17.34hs aprox.; Culminación: 18.30 hs aprox. Duración en minutos: 53 minutos.

R: Bueno, más que nada quería que me cuentes ¿cómo surge la institución, como trabajan?

L: bueno, a la mañana tuvimos una reunión...he, porque vamos a recibir algunos concurrentes de una experiencia que se da por primera vez en la dirección de salud mental, una concurrencia interdisciplinaria, municipal de salud mental, va haber enfermeros, trabajadores sociales, médicos...bueno, son 8 personas que van a rotar en la Estación y se articula con un trabajo en el Roque, asique ahí tuvimos que compartir algunas líneas de las que estábamos laburando..., y después una semana de verdadera realidad que la Estación..., va..., entre otras realidades.

R: ¿esa concurrencia a que viene?

L: es la concurrencia que está en..., dentro de la Secretaria de Salud Pública, está el departamento de Trabajo Social, de enfermería, de salud mental..., hay varias direcciones..., y busca tensionar, en este caso, en la órbita Municipal y en la órbita de salud..., eh, una experiencia que en realidad se han hecho en otro orden..., en la Provincia está la RISAM..., eh, en Nación..., en su momento, ahora ya no, la experiencia de los médicos comunitarios..., pero experiencia en la muni de éste tipo interdisciplinaria y demás..., no ha habido, asique es la primera experiencia, por eso es también mas acotada y también viene a puente..., viene enlazada a otros procesos que se vienen dando en la secretaria..., en la muni, en esta gestión de Fein..., esta última gestión de Fein..., allá por el 2016, tomando como antecedentes de varios años atrás, varias experiencias; se empieza a construir el Plan de Prevención de los Consumos de Sustancias Psicoactivas y Alcohol, que es un plan, que si bien no es lo primero que se armó..., devino después, bueno el plan es lo que hoy sintetizan algunas políticas públicas que tienen que ver con la problemática..., el plan tiene como antecedentes 2 ó 3 experiencias..., porque ahí juegan, la experiencia de distintos centros de salud en la ciudad de Rosario..., bueno de hecho en el Emaus

de hecho hay algunas experiencias en ese sentido, la experiencia en mini equipo, que es una experiencia en la que yo formé parte en su momento , estoy hablando del año '97 al..., 2007 más o menos..., eh..., no...,pero bueno fueron como 8 ó 9 años ; que yo entiendo que fue la primera experiencia en Rosario como mas especifica, o sea un equipo de profesionales que labura en la problemática, se laburaba en distintos barrios, ese fue otro antecedente ...eh, toda la experiencia que se venía desarrollando en distintos sentidos de Educación para la Salud..., o sea, había distintas actividades tanto en Municipalidad como en provincia, que venían de manera fragmentada, separada, escindida y hasta superpuesta..., entonces en eso se pensaron distintos ejes, uno es el asistencial ..., eso es lo que se conoce el plan hoy, otra es la nocturnidad con el trabajo con los bolicheros, con los patovicas, con la asistencia y la [¿?] en la fiesta electrónica, que es otra población que no tomamos, pero que tiene que ver...; todo el trabajo de prevención que tiene que ver con el programa Lazos de la Municipalidad, con lo que la Aprecod hace con los clubes, lo que Educación para la salud hace con talleres con niños..., bueno hay todo un eje que tiene que ver con lo preventivo, el eje de la nocturnidad; el eje de la capacitación a trabajadores y trabajadoras de los distintos ámbitos, no solo gubernamentales, que es un eje que suena bastante acotado y tiene un impacto muy fuerte..., y después el eje asistencial que ubica, instala y referencia de manera más contundente ..., eh, la Estación como parte de una red de asistencia y de cuidado que incluye, a todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales de la ciudad y eso incluye obviamente a los centros de salud Provincial y Municipales, los polideportivos, los centros culturales, los distritos, los hospitales, el Agudo, la Aprecod..., o sea todo el sin fin de efectores de instituciones que abordan mas ó menos directamente la problemática .

R: ¿todos esos se referencian con ustedes?

L: sí, nosotros en el marco..., a veces esa red funciona bien a veces mal, a veces no existe y hay que armarla, a veces tenés unos baches gigantes, a veces el recurso no existe y hay que inventarlo, pero conceptualmente hablando...eh, y esa es una de las primeras rupturas que se intentan hacer con el viejo paradigma..., tiene que ver con esto..., pensar las estrategias, los abordajes, las instituciones, en red...eh, caracterizando la problemática obviamente multicausal, donde hay que ubicar, situar, distintas dimensiones donde obviamente es necesario..., y por eso

el carácter intersectorial, interdisciplinario y una práctica integral, implica que haya en una mesa ..., en lo micro y en lo macro, distintos actores, entonces vos, cuando tenés que pensar en la intervención y en el abordaje de una situación bien singular, nunca deberíamos estar pensándola solos, o sea siempre va haber un centro de salud de referencia, o hay que armarla , siempre va a estar el Agudo u otro hospital, siempre debería haber un CCB ó alguna dimensión cultural, ese proyecto terapéutico singular debería estar conformado de esas distintas dimensiones...; ya no es esta idea del enfermo, el adicto, como ya sabemos, sino que es un sujeto de derecho que tiene un conjunto de derechos vulnerados , que hay que restituir y un conjunto de lazos y vínculos seguramente deteriorado, destrozado o inexistentes que hay que empezar a reconstituir , a fortalecer , esas 2 dimensiones de derechos y de lazos tiene que ver con el horizonte clínico que nosotros planteamos..., esto lo vas a ver en la DIAT también, digo por ejemplo, su objetivo en términos generales tiene que ver con la reducción de vulnerabilidades , desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños obviamente..., y nosotros, más allá de las palabras, de los conceptos y las categorías estamos más o menos en esa línea obviamente..., el plan como te decía ubica a la Estación dentro del eje asistencial, pero no dice..., 'cualquier persona que en Rosario padezca un consumo problemático tiene que ir a la Estación'..., o sea la Estación se conforma como un actor mas dentro de esa red, es una puerta de acceso más que debería disponer de un conjunto de facilidades que muchas veces en el resto de la red no aparecen, por ejemplo, el hecho de gestionar un turno, una entrevista, el hecho de llegar y no tener que esperar demasiado, el hecho de tener muy a mano un espacio de escucha singular..., buen, un conjunto de dispositivos que sean bien aggiornado a lo que necesita la población y no al revés, que es en general lo que por ahí uno se encuentra en estos lugares..., 'bueno esto es lo que hay', bueno, ..., en eso se conforma en mayo del 2016 hasta esta parte una institución que obviamente sufrió decenas de modificaciones más singulares.

R: (entrevistada toma la palabra) ¿es el año que surge la institución?

L: en mayo de 2016 se arranca con la inauguración y demás...eh, el período de armado fue relativamente breve, porque esto arranca formalmente en abril y en mayo ya se está abriendo..., se abre en el marco de una transición, esto es importante, arranca funcionando entre mayo y diciembre con un CCB a la mañana funcionando y nosotros por la tarde y ya definitivamente en

enero del 2017 ya se arranca con todo el edificio..., todo el 2017 se crea una experiencia y en el 2018..., el año pasado nos queda partido a la mitad porque la primera mitad del año pasado fue de transición estando nosotros en juventud y la obra de remodelación y recién volvemos en julio del 2018 a la Estación con la refacción y demás..., con lo cual también podemos decir que son poquitos meses los que definitivamente nos tienen desde la última reinauguración, ha sido una institución bastante nueva, que se conforma con un equipo de trabajo cuyos integrantes provienen de estas distintas experiencias..., tenemos compañeras que viene de mini equipos , compañeros y compañeras que vienen de un centro de salud, compañeros que no vienen de nada , que se han hecho en esta experiencia, es un equipo de 20 personas más ó menos , la mayoría dependen de la secretaria de salud..., son psicólogos, comunicadores, antropólogos, una médica, yo... trabajador social, hay un administrativo, una cocinera..., y se me debe estar escapando algún compañero mas..., y ese equipo que se conforma, fue diseñado , conforma 3 ó 4 dimensiones organizativas, a partir de un diagnostico poblacional y de relevar lo necesario..., aparece una primera dimensión que es la primera escucha, que es un dispositivo que tiene que ver con recibir a la persona, a su familiar, a quien esté preocupado por una situación de consumo , a las instituciones gubernamentales, a las organizaciones barriales..., que llegan y mucho; y se recibe la situación se empieza a construir desde ahí una primera lectura , una primera evaluación y es un dispositivo que se refleja mucho esto de lo intersectorial y donde suponemos necesario que no se arranque de cero ..., que es lo que a veces pasa en las instituciones, o sea 'arranco yo arranca el mundo'..., bueno no!..., tiene que hacer un rastreo institucional, tiene que comunicarse e interactuar con aquellos actores que han intervenido que la persona menciona como referente ...eh, y tiene que comenzar a construir algunos acuerdos mínimos para poder pensar esa dimensión terapéutica y ese tratamiento, si es en la Estación o si es en alguna otra institución convenida o quien allá un trabajo profundo.

R: o sea ustedes hacen la entrevista, y después si lo consideran ¿lo derivan a otra institución?

L: claro, eso hacemos..., y mucho...según la lectura, por supuesto que no lo hacemos solos, tenemos la obligación..., hasta ética de incluir la mirada del usuario-paciente, pero bueno, por eso es un dispositivo con mucha intensidad ...; porque además no es una entrevista ó dos..., es el después..., ¿y ahora qué hacemos?..., o sea, es la gestión, el llamado, es la articulación, es sacar

el turno para que la persona sea adscrita a un centro de salud si no está inscripta, es un laburo muy intenso..., actualmente ahí son 5 compañeros..., asique eso es la primera escucha; nosotros en un acuerdo con Aprecod cualquier situación que le llega a Aprecod nos la deriva a nosotros y cualquier situación que nos llega a nosotros de Pérez, Gálvez, Funes, articulamos con Aprecod..., ése es un primer acuerdo..., el segundo acuerdo institucional que existe, es la construcción y el desarrollo de un sistema muy precario por ahora..., un sistema de información conjunta, que implica que si nosotros alojamos a alguien en Communitas o internamos a alguien en Nazareth, en el mismo sistema de información le aparece a Aprecod...; que pasaba hasta hace un tiempo atrás producto del viejo paradigma y la desinformación..., y como muchas ONG aprovechaban eso, yo me internaba en Nazareth hoy y me iba el lunes y entonces la ONG que hacía..., no todas..., algunas..., avisaban a las áreas pertinentes que la persona seguía internada y seguía cobrando la beca..., eso era muy común..., eso te diría sería lo menos grave..., lo más grave es que la persona quedaba suelta, nadie avisaba nada ..., entonces ahora en eso se va avanzando un montón; por ejemplo..., ¿Qué era el viejo programa de adicciones que también es un antecedente a nivel municipal? hace 3 años atrás...¿Qué era? El programa de adicciones era una compañera, Nora, que estaba sola en una oficina, tenía muchos celulares, y la llamaban todo el mundo a ella para pedirle una beca, entonces ¿qué hacía?, 'sí, espera que estoy'..., era más un trabajo administrativo, estaba sola..., después eso se desarmó y de hecho Nora estuvo en la estación un tiempo después se fue a otro lado, pero bueno..., de ahí venimos, ¿y que era la problemática del consumo en el marco de la Provincia antes del Aprecod?... y bueno, tenías fondos y un equipo de 3 ó 4 colegas en Desarrollo Social que era el viejo programa de adicciones, yo llegue a conocer algo de eso, también..., lo mismo..., no había contacto entre esto y esto..., acá se pagaba lo mismo que se pagaba acá..., o sea que recibían los mismos fondos , no había información, no había nada..., o sea de ahí venimos, estamos hablando de 3 años atrás, no de hace 15..., es todo muy reciente..., por eso el plan..., por eso la coherencia interna..., por eso la articulación Provincia-muni..., por eso , eso da una fuerza y una perspectiva interesante.

R: te hago una pregunta, ¿el plan del que me hablas es el plan “Si sentís que te caes Rosario tiene una red”... ¿ése es un lineamiento bajado de la municipalidad?

L: sí, es de la Municipalidad..., ahí claramente en el acuerdo entre muni y Provincia..., en este caso Cecilia Nieto, titular del Aprecod va al COFREDO que es el Consejo Federal de Drogas..., dicen..., que el hecho que Aprecod depende del Ministerio de Gobierno..., o sea del Gobernador es interesante y tiene sus ventajas y por supuesto sus desventajas, entre otras cosas porque..., bueno puedes construir una mirada bien integrada a nivel ministerial, tenés diálogos con todos..., la desventaja que al tener con todos no tenés con nadie..., entonces vos te querés sentar con la Ministra de Salud y..., buen..., ¿Quién sos vos?..., no sos minist..., buen, esa es la desventaja que tiene..., entonces por ejemplo, cuando nosotros queremos trabajar con Cecilia y con la gente de la Aprecod por el tema del Agudo Ávila porque nos mandan pacientes como si fueran paquetes, 'dejame que lo vea con un agente de salud de provincia'..., y buen, está ahí..., nosotros prácticamente no tenemos...; tenemos una sola compañera que depende de Salud Mental Provincia, pero es solamente que está, que nos dieron un recurso humano y nada mas..., de hecho el acuerdo que se tenía era que sean 4..., asique bueno Salud Mental Provincia es un mundo aparte obviamente..., pero bueno..., la Provincia...en realidad Aprecod tiene mucho contacto con COFEDRO y con SEDRONAR, no es malo el vínculo.

R: siguiendo con la Estación, ¿el equipo que trabaja allí depende de la Municipalidad?

L: nosotros tenemos 2 compañeros que dependen de Aprecod y SEDRONAR, una compañera de Salud Mental Provincia, la mayoría del resto de Salud Pública y algunos dependemos de Desarrollo Social, eso también, más allá que es un cachengue en los horarios, en las disponibilidades administrativas y demás, también es interesante alguna mescolanza; y después que éste carácter intersectorial también lo notas en la Estación a la hora de pensar el resto de los dispositivos y las actividades..., nosotros nacimos con esas características y tensionamos desde esas características aquellas lógicas que nos vienen de afuera a querer..., ejemplo, en la renovación del año pasado se instaló el Punto digital (entrevistado aclara), punto digital es una política que está en el oeste, en el noroeste también, es muy similar en algún sentido porque es una política intersectorial, depende de Desarrollo, Cultura y la General, o sea que ellos también tienen un carácter..., es con jóvenes, en el territorio, trabaja con estas problemáticas..., entonces se instala un Punto digital en la Estación..., buenísimo, ¿es el punto digital para la gente de la Estación?..., no!..., es una política para los ciudadanos y ciudadanas; en algún momento de este

año, en cualquier momento algunas de las actividades de punto de digital va hacer para la gente en general..., primera tensión..., que vos tenés tus pacientes en la estación, en sus actividades, y en una franja horaria la señora del barrio, el joven que viene de Tablada , el chico que viene de la escuela secundaria a hacer no se qué cosa ..., entonces bueno, es un desafío interesante, complejo..., pero nos ayuda en un sentido a romper la idea de lo específico..., o sea, el centro para adictos..., nos ayuda a romper eso..., pero a la vez nos tensionaba ..., nosotros no somos un centro de salud, no somos un punto digital , no somos un galpón del centro de la juventud, no somos el hospital Alberdi..., pero somos un poco de eso..., en esa mescolanza ..., claramente somos una institución de salud, claramente hay que alojar, claramente nuestras prácticas tienen que estar orientadas entre otras cosas a romper esta idea de institución total..., y lo que un poco nos debería diferenciar..., no por correr por derecha..., sino justamente para construir un plus..., por decir, un trabajador social de un centro de salud...decir, 'en la Estación vamos a poder construir esto y en otro lado va hacer difícil que lo encuentre', y eso un poco tiene que ver con la mirada y la intención y la estrategia clínica que nosotros podemos construir en la Estación..., por supuesto es muy lindo decirlo..., después es un desafío hacerlo..., pero nosotros por ejemplo, más allá de la primera escucha , tenemos un dispositivo...eh, nosotros funcionamos de 9 a 17hs

R: (entrevistadora toma la palabra) ¿de lunes a viernes?

L: de lunes a viernes, no tenemos franja etaria, nosotros no trabajamos con tal o con tal, ...eh, después tenemos por supuesto una población que tiene más que ver con los 18 a 30, con situaciones de mayores de 40 que tienen otras particularidades ; y las situaciones de adolescente de 15, 14, 16 han sido más excepcionales..., han llegado niños de 10-12 años pero han sido muy excepcionales..., en ese marco hemos construido un dispositivo , que lo estamos repensando mucho, que se llama anudamiento primario.

R: (entrevistadora toma la palabra) ¿anudamiento?

L: sí, Edith Benedetti que es la que nos llevo a todo estos problemas,(risas), es lo que ella llama..., no lo trae ella al concepto, pero ella lo replica, con esta idea de dispositivo de umbral

mínimo de requerimiento ..., entonces en ese marco le llamamos anudamiento primario y que son dispositivos que debe trabajar con aquellas personas más desafiadas de todo, más desarrapada, más ..., porque vos no le podés decir, siendo viernes..., 'vení el martes a las 9hs'...o sea, en general son situaciones que vos tenés que hacer acuerdos a muy corto plazo, tenés que referenciar..., aparece mucho lo asistencial desde la urgencia..., lo alimentario, la ducha..., decirle bueno, 'hoy tirate, quedate, dormí'..., son de las situaciones ..., digamos un poco la estrategia clínica ahí es construir las condiciones clínicas para pensar en un tratamiento en algún momento ..., yo igual pensando que es un dispositivo para empezar a pensar un tratamiento ..., no es que todo lo que hacemos allí es por fuera de un tratamiento ..., nosotros creemos que es tratamiento ..., pero bueno, está en el marco de una estrategia de ir 'hacia'..., es donde no hoy las posibilidades de sentar a la persona en un consultorio..., '¿contame que te pasa?'..., no!...de hecho en general esas situaciones no pasan por primera escucha, la entrevista primera escucha se juega en la cancha, en el patio con unos mates..., y son las más difíciles..., son estas con las que estuvimos lidiando todo este tiempo..., más allá de quien era el equipo de referencia de la Estación, se dan este tipo de situaciones..., las más complejas, las más desafiladas, las presentaciones subjetivas más...eh,..esto..., donde no hay ¿por dónde?;..., y después hay conjunto de espacios que estamos desarrollando, que estamos potenciando y fortaleciendo desde una mirada quizás más de lo productivo, "al estilo comunista", y por el otro lado algunos espacios grupales, algunos lenguajes que tiene que ver con lo recreativo, lo deportivo y lo cultural, que ponen en juego otras cuestiones, para aquellas personas que bueno..., mas armadas, mas desinhibidas ..., 'bueno yo quiero venir, quiero hacer esto, quiero ir por acá '..., siempre anudada a otras dimensiones, aquello que un centro de salud puede estar trabajando en un espacio terapéutico individual, aquello que un hospital, aquello que la gente de Empleabilidad está trabajando para incluir a una persona en tal lado..., eh, eso es lo que llamamos espacio ambulatorio intensivo..., ninguna persona de la Estación va la cantidad de veces igual a otra, o sea , depende de la perspectiva singular ...es ahí donde la idea del tratamiento para todos igual ..., que es ahí de donde venimos, eso no ocurre, y eso es lo que hace más compleja la tarea, porque no es que vos sabes que todos lo que van a carpintería van a venir martes y jueves..., no!..., probablemente algunos sostengan, algunos sostengan un poco, otros no sostengan nada, otros hay que llamarlos para que vengan.

R: ¿cuántos chicos hay actualmente?

L: y..., esa es otra de las características..., de los fluctuantes..., nosotros tenemos mucha dificultad..., por ejemplo la DIAT tiene más armado el tema de la asistencia, también hay que decir que esta mas anclado en el territorio, entonces eso es un poco más “armado”..., pero nosotros..., hasta la semana pasada almorzaban 20 pibes todos los días.

R: ¿Qué tienen, desayuno, almuerzo?

L: claro, esa articulación con Desarrollo Social provee insumos para desayuno, almuerzo y merienda..., nosotros articulamos con Nueva Oportunidad, tenemos carpintería, panificación, huerta, un espacio de radio, un espacio de ensamble musical, un espacio de literatura que estamos armando y lanzando, y ahora el Punto arranca en abril, 4 ó 5 actividades más , algunas abiertas, algunas más o menos, vinculadas al cine y lo audiovisual, animación y los comics, arte..., y ahí se abren otras tensiones..., llega la chica de cultura del distrito y nos dice..., ‘bueno yo les quería contar que para la Estación tenemos 2 talleres que son de porcelana en frio, tejido hindú y artes marciales y va a funcionar estos días para los jóvenes’...,¿ y vos sabes si a los jóvenes les interesa?... , ¿hay algún horario que los tallerista puedan re-trabajar para pensar los limites?... , no obviamente..., entonces el tallerista llega a las apuradas, porque además tiene 40 talleres mas y se va a las apuradas..., y eso no nos sirve a nosotros..., en realidad ¿no se a quien le sirve?... , en realidad le sirve al tallerista que se garantiza cierto público y no otro publico que es más complejo y mas difícil..., y supongo que les conviene a aquella personas de clase media..., media baja que necesita no pagar un taller en un lugar y hacerlo en el distrito..., pero bueno es una política pública..., bueno me parece bárbaro..., ahora, ¿para estos pibes?... , no!..., bueno, eso es un bache de la red, un bache de la política, de la política pública..., yo sé que se pone en tensión y se discute pero por ahora está en el debate

R: entonces, los talleres que ustedes tienen son del Nueva Oportunidad...

L:... los tres del Nueva Oportunidad y alguno de cultura o de juventud.

R: ¿esos también son fijos?

L: sí, en general son fijos..., estamos en un momento que están arrancando unos cuantos..., por ejemplo los 3 Nueva Oportunidad están terminando y van arrancar la nueva camada, ahora en abril..., eh, los de Cultura también están por arrancar..., o sea en abril arranca todo.

R: ¿Se les ha presentado alguna situación en la cual algún joven o persona que concurre a la Estación vaya con alguna sustancia?... si es así, ¿cómo lo manejan?

L: nunca nos ha pasado que alguno de los pibes nos digan, 'che, teneme esto, o que nosotros tengamos que intervenir en esa línea..., habrá pasado alguna vez..., pero no es frecuente que aparezca la necesidad de..., ni de eso ni de armas por ejemplo..., pero ha habido pibes que los hemos tenido que acompañar a consumir, pero era una situación excepcional pero bueno..., nos han dicho 'hey, necesito fumar'..., y bueno.

R: eso te quería preguntar, por que el tema de fumar un porro es de lo más común... ¿no?

L: sí, ahí hay como te 3 criterios que tanto con esa, como con cualquier otra situación, esos criterios en general son, por un lado el criterio que es bien situacional..., que tiene que ver en como leer el escenario institucional, como está la jornada, que otros pibes, si tenemos margen para acompañar..., entonces es bien situacional..., un criterio que es bien institucional es..., esto sí, esto no..., esto no podemos..., esto dejamos pensarlo..., en cuyas circunstancias que vos me decís, lo más probable es que haríamos algo de ese tipo, y hay un criterio que tiene que ver con cuales son nuestros propios límites, institucionalmente hablando, entonces..., por ejemplo con un arma, porque nos ha pasado..., nosotros tenemos un armario también como la DIAT donde guardan las cosas los pibes, nos ha pasado manejes..., ayer mismo nos han robado una play..., entonces en eso..., cuando nosotros bajamos "la guardia" es muy probable que algo..., que los pibes..., y bueno nosotros laburamos con situaciones re complejas y bueno, ahí intentamos diversificar las estrategias y revisar todo lo que haya que revisar..., por ejemplo esta situación que tengo..., un joven que viene con una historia de instituciones..., instituciones de institucionalización, que viene de siendo chico habiendo sido alojado en distintos hogares,

institución del Hogar del Huérfano, que estuvo en san Camilo, que estuvo en ese fenómeno de las pensiones que atravesó la Dirección Provincial de Niñez..., eh, bueno de las historias más complejas, y habiendo roto todo el vínculo con todas las instituciones que te puedas imaginar, nosotros lo recibimos y empezamos a intentar trabajar con él..., y bueno, la fue pudriendo, la fue pudriendo, hasta el día de hoy..., que en realidad hoy lo que paso, termino de reventar el poco vínculo que quedaba con nosotros y bueno habrá que revisar una vez más..., ahí también..., así nosotros seamos recontra revisores, recontra progresista, también encontramos un límite..., porque el límite posibilita..., valga la redundancia, pensar en lo posible, y si ese límite no aparece..., lo posible se desvanece, entonces ahí, bueno..., y acá obviamente, no hablamos de una cuestión específica de problemática de consumo, el pibe de a ratos consume, que sí que no..., estos días estuvo consumiendo, estuvo mal, pero ha habido situaciones en donde no había consumido y también ..., tiene que ver con la historia de desamparo que...

R: (entrevistadora toma la palabra) claro, tiene que ver con todo lo que trae históricamente..., y ¿ustedes tienen alojamiento para que se queden a dormir?

L: no, alojamiento no, en la Estación no..., de hecho el fenómeno del alojamiento surgió allá por noviembre cuando se acercaban las fiestas y demás..., y teníamos varios pibes..., no, nosotros..., habíamos acompañado la gestión de pensiones y ahí se empezó a tensionar todo, obviamente las pensiones aparecen por diversas cuestiones, donde nosotros no podíamos garantizar ninguna gobernabilidad ahí, donde muchas situaciones eran alojadas en pensiones y por mas que se pudiese garantizar unos meses eso..., era clínicamente imposible sostenerlo..., digo, las presentaciones a nivel subjetivo venían muy complejas para que eso sea posible, entonces eso logramos revertirlo y plantear como mas contundentemente que frente a una necesidad de alojamiento eso lo trabaja la Secretaria de Desarrollo Social, a través del servicio de asistencia ciudadana, y nosotros podemos imprimir el listado de pensiones..., pero no..., no ..., de hecho hay algunos jóvenes que están en pensiones..., pero fijate vos con esta situación que este joven se brota el lunes, lo alojamos martes y miércoles., ayer no va a dormir, hoy tampoco..., hoy se brota de nuevo.

R: o sea ¿ustedes sí, siguen el seguimiento de los chicos que están alojados?

L: sí, si están en tratamiento están con una referencia, con un equipo..., algunos tienen medicación, otros tienen de referencia con un hospital, hay un tratamiento en pie..., y el alojamiento es una parte, cuando el alojamiento no es parte del tratamiento porque no viene siendo posible, el alojamiento es como decir 'necesito 100 pesos'..., o sea, ahí pierde el sentido, explota el recurso..., tiene que ver con la necesidad de instituciones que alojen y que como el centro de noche del Programa Andrés ..., tiene que ver con que necesitamos que se multipliquen esas instituciones, que haya más instituciones, con más equipo, con más resorte..., que debatan, que repiensen la práctica, que complejicen desde una mirada bien interdisciplinaria que estén en esta red..., y esa institución no existe..., entonces cuando te aparece y te explota una situación así..., ¿cuál es?..., la pensión por 2 meses, el acompañante terapéutico..., Remar..., un hotel..., un armado re artesanal..., hay presentaciones que no encajan en ninguno de esos soportes..., no es 'la mujer-madre que está en calle'..., no es eso..., ayer hacíamos el ejercicio y decíamos..., ¿Qué le haría falta a fulano?..., una familia le haría falta, ¿Qué podemos hacer?..., bueno, nadie te garantiza una familia..., pero algo del orden de familiar..., una institución que aloje y que sea del orden comunitario..., entonces, en eso se hace muy compleja la tarea cuando además nosotros estamos de lunes a viernes, esta bueno, estamos de 9 a 17hs, esta bueno, podríamos cerrar a las 14hs... cerramos a las 18hs en otro momento..., pero las situaciones que están en calle, son de las más complejas, porque..., haber, ¿cómo pensás un tratamiento de una persona que está en calle?..., se supone que eso se va trabajando en el transcurso un tiempo, todas las situaciones clínica-médica son distintas..., hay situaciones que las trabajamos desde anudamiento primario..., hay situaciones que rápidamente las puedes pasar a una estrategia de alojamiento..., pero hay situaciones, como ésta que te cuento que lugar no hay..., entonces, por ejemplo, hay instituciones que vienen trabajando esto, como el Programa Andrés.

R: ¿trabajan con el Programa Andrés?

L: sí, de hecho en el centro de noche tenemos 3 pacientes alojados..., en el centro de noche..., Comunitas, que ahora abrió un hostel asistido, que está buenísimo, lo que pasa que ahí tenés 45..., lo que pasa que nosotros no podemos elegir con qué población trabajamos, somos el Estado, si fuese ONG por ahí..., creo que tampoco, pero bueno..., eh, y después tenés las

clásicas..., mas aggiornato “a lo necesario como crean”..., Esperanza de Vida que no trabaja con situaciones de calle ni con personas que no tengan familiares..., Maranata..., y ya está, para de contar..., entonces, bueno, ¿Qué es lo que hace falta?..., lo que hace falta es que planes como estos se profundicen, que capaciten más, que tensionen más los hospitales para que los servicios sean más aggiornados, instituciones como las nuestras que puedan abrir con mas periodicidad de tiempo, que se fortalezcan con recursos humanos.

R: y con los hospitales, ¿con cuáles trabajan?

L: nosotros en general trabajamos con todos..., nosotros hoy por hoy en una internación por deshabitación planificada, no tenemos casi prácticamente problema para hacerlo, mas si es planificada, lo complejo son las guardias, y lo complejo es cuando lo tenés que resolver en el momento porque..., por ejemplo hablas con la jefa de salud mental de servicio, nos espera, llegamos con el pibe, no nos tiene 2 hs esperando, nos atienden, pasa..., y después pasas a la sala, y en la sala cuando te tienen que tener internado ahí..., pasan 45 enfermeros, médicos, enfermeras, fachos, por ahí te toca alguno piola obviamente..., pero apenas te tocó una enfermera facha que le clavo mal la aguja al pibe y lo trato mal..., chau..., entonces ahí, también, volvemos a lo mismo..., lo artesanal, lo institucional, lo que venimos avanzando, lo que falta..., o sea el combo es..., complejo...,por eso a veces hay algo de lo institucional que va abriendo, va abriendo y algo de lo artesanal que te tiene que dar insumo y fuerzas para poder potenciar lo otro..., sino te quedas en lo artesanal toda la vida..., y yo no tengo ganas toda la vida..., va yo, por lo menos...; la idea del plan sintetiza un poco esto..., eh,... y después situaciones en la población, tenés población adulta de cuarentipico de años que está en calle ó que en general está más ligada al consumo crónico de alcohol...,¿ qué pasa con la población de las mujeres?...,¿ cómo construís perspectiva de género desde el abordaje de esta problemática en una institución como la nuestra?..., ¿qué sería tener perspectiva de género?...,para nosotros una perspectiva de género en una institución como la nuestra básicamente, es que si hay en la mesa del desayuno hay una joven y un joven y los dos están angustiados, nosotros tenemos que priorizar a la mujer..., después de decirlo...a hacerlo es otra historia..., pero están llegando bastante las mujeres, están institucionalmente avanzando en la condiciones que construimos para que las mujeres lleguen y sostengan..., pero falta.

R: ¿pero son las menos?

L: sí, sí..., si hoy podríamos hablar de..., que apenas se acercaría a un tercio de la gente que viene, apenas se acerca..., es más una quinta parte que un tercio.

R: igualmente no creo que sea porque no haya, sino porque...

L: todo le cuesta el doble..., sí, sí.

R: desde Intercambios y ARDA están trabajando algo de eso, ¿ustedes trabajan con ellos?

L: el año pasado tuvimos una movida en ese sentido..., si sobre todo con Intercambios..., lo que pasa que ahí hay una bronca entre ARDA e Intercambios..., Intercambios- Edith Benedetti con..., es un campo que..., es todo un lío.

R: ¿algo más que quieras agregar?

L: comentarte que a nivel de información tenemos..., cada paciente tiene su carpeta personal, esa carpeta en general suele construirse a partir de, no es desde que llega a primera escucha, sino cuando la persona va hacer tratamiento con nosotros..., esa carpeta personal sintetiza todo esto que charlamos..., la documentación y etc., y además..., vamos camino este año a dejar instalado un sistema de carga, que tiene que ver con algo que está haciendo la Secretaria de Salud, que es, así como vas a un centro de salud y el médico carga la información..., para nosotros lo mismo, nosotros vamos a estar obligados ..., va a llevar un tiempo..., porque a duras penas a veces se completa la carpeta personal..., pero bueno, es todo un desafío a que carguen las prácticas..., esto es Ley de Salud Mental también..., nosotros podemos ver si una persona fue al turno de psicología en el Emaus, y el Emaus puede ver si la persona vino al turno en la Estación..., por supuesto que entusiasma en muchos sentidos, y genera preocupación en la otra, pero bueno..., en general en nuestro equipo es gente que labura mucho..., pero bueno..., es una experiencia muy reciente, si vos analizas, por ejemplo en la DIAT, no sé si fuiste a La Posta..., en la Posta se sintetiza hoy por un trayecto institucional hacia atrás de cómo se conforma la Posta..., se

conforma con un centro de día para jóvenes de 14/15/16 años a 18..., y ahí no encontrás que trabajan con la problemática de consumo, trabajan con la vulnerabilidad de los jóvenes..., entonces, ¿porqué trabajan hasta los 18 años?, no tengo idea..., ¿porqué trabajan desde los 14 años?, no tengo idea..., dependen de la Dirección de Salud Mental..., Dirección de Salud Mental que a su vez trabaja en el marco de la problemática del consumo de sustancias..., pero ellos dicen no trabajar con esa problemática..., entonces ahí hay muchas preguntas, vos ahí encontras educadores, nosotros también tenemos educadores de talleristas..., porque no se construye desde la mirada del proyecto terapéutico y el abordaje y el tratamiento de una persona en el padecimiento de esta cuestión..., esto queremos discutirlo nosotros..., así como en la Diat..., nacho siempre dice, acá, nosotros estamos re contentos, todo, que se yo..., pero hay una parte del equipo que son educadores que vienen de esta misma experiencia, porque vienen de Desarrollo de Provincia..., que no te digo que se resisten, pero ellos son educadores, y yo también quiero ser educador y hacer malabares con los pibes..., ahora el tema es..., cuando el pibe se te brota, cuando lo tenés que enlazar, cuando lo tenés que escuchar desde lo clínico, cuando eso clínico que aparece lo tenés que trabajar, donde tenés que construir un proyecto terapéutico, ahí es el asunto...; porque en el centro de la juventud también tenés talleres..., y tenés educadores.

R: claro.

L: entonces ¿qué te diferencia del centro de la juventud?... , salvo que se defina que no se diferencia nada..., y que bueno, es un centro de día..., ahora bueno, no es lo que originalmente se planteo que era en el 2000..., no quiero mentirte, pero allá por el 2009-2010-2012, que es la famosa Mesa de Adicciones, preguntale a Cecilia eso, que es la Mesa que empieza a pensar la Municipalidad y Provincia ¿Qué es lo que pasa con los jóvenes?... , que es cuando explota, en el 2012 todo explota por los aires, el narcotráfico..., que se yo, ahí se arma una mesa , se arma el CPT Centro de Permanencia Transitoria que depende de Niñez Provincia para alojar jóvenes por la noche de lunes a lunes, se arma La Posta, se arma el CPI que después fue la Diat..., y Casa Adolescente..., y Casa Adolescente lo mismo..., van pibes en conflicto con la ley penal, hay pibes, hay equipo..., ahora che, pero nadie se pregunta cómo..., no digo que se transforme en un espacio para personas que consumen, pero la problemática esta todo el tiempo..., es como si yo

dijese, no!..., 'yo con gente que tenga vulnerados los derechos de vivienda, no trabajo'..., o sea,..., y nosotros tensionamos, nosotros decimos, sí, obvio nosotros tenemos un mandato que es el plan, que es la Estación, que trabajamos con los consumos problemáticos..., si una persona llega y nos dice 'yo necesito alojamiento, la verdad que yo no consumo, la verdad que ese no es mi principal problema, fumo un porro, pero no es un problema para mí, en realidad yo necesito trabajo'...,y bueno, lo articulamos para que vaya a empleo, armamos alguna red ahí..., si notamos alguna otra cuestión lo adscribimos al centro de salud si no esta..., esa es nuestra intervención..., pero no es, 'no acá nada'..., siempre hay algo ahí quizás..., si no hay nada, se le plantea, 'mira te sugerimos tal cosa'..., pero esto de pararse como desde un afuera de la problemática..., y..., hace ruido..., en realidad tienen otro mambo, eh..., tienen la mitad del equipo que viene de la problemática más específicamente ..., y la otra mitad que..., por eso la exclusión.

R: claro, si la Posta estaba en la mesa...porque ahora...

L:... y dependen de Salud Mental..., ellos te dicen que hay un psicólogo..., que es una masa..., los pibes que consumen... ¿Cómo lo trabajas?... ¿no tendríamos que conformar una red de instituciones que trabajan? ..., su estilo o modalidad..., que trabajan más o menos..., no por las adicciones, no por la problemática de consumo..., ya somos grandes, ya sabemos que aquellos que trabajamos más o menos con la problemática tenemos que estar en red..., esa red más o menos específica, no existe..., o existe y tiene sus grandes baches.

R: además, como haces para trabajar con un pibe que está atravesado por el consumo, ¿cómo trabajas en eso?...digo, pensando en la Posta.

L: además, ellos hacen intervenciones desde lo clínico..., hay un psicólogo, se reúnen, tienen entrevistas, me parece que la tensión aparece a la hora de pensarse desde la problemática.

R: ¿cómo que no quieren quedar pegados a eso?

L: claro, como que nosotros somos educadores y trabajamos la vulnerabilidad..., y trabajamos para reafiliar a los pibes, y trabajamos la institución en red..., y toda la bola, pero no lo hacemos desde la problemática del consumo..., es para pensar.

R: bueno, muchas gracias Lautaro por tu tiempo

L: no de nada, lo que necesites avísame.

Anexo III: entrevista a la secretaria a cargo de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones. (Aprecod)

Entrevista realizada a Cecilia Nieto (C) Licenciada en Ciencias Políticas, Secretaria a cargo de la institución.

A cargo de Romina Lorenzo (R).

Realizada el jueves 4 de abril de 2019, en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.

Inicio: 16:35 hs aprox.; Culminación: 16:56 hs aprox. Duración en minutos: 21.34 minutos.

R: bueno, Cecilia, la entrevista es por Aprecod y quisiera saber ¿qué función cumplís, que rol desempeñas dentro de la institución?

C: bueno la institución está toda a cargo mío, soy como la secretaria a cargo de la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones se llama así...y estoy a cargo...,es un órgano que se creó hace, relativamente poco, en marzo del 2016 y yo estoy a cargo desde octubre del 2016, yo no arranqué, sino que, bueno... después me convocaron para esto, o sea...,ya habían toda la agencia y después me convocaron; estuvo otra persona y después estuve yo.

R: ¿tu profesión cuál es?

C: yo soy licenciada en comunicación social de origen, y hace mucho tiempo que trabajo en...y estudie todo lo que tiene que ver con procesos de planificación, soy docente en planificación, y...eh, de alguna manera me formé mas en lo que tiene que ver con la intersectorialidad, soy docente en maestría de intersectorialidad y demás, de coordinación y sistemas.

R: ¿porqué “Agencia”?

C: yo ahí te puedo contestar lo que...,yo no fui parte de la decisión de la “agencia”, yo entiendo que era necesario armar un espacio institucional que tenga diferentes características, y me parece que lo de “agencia” tiene que ver con...,a ver...,la Provincia de Santa Fe abordaba...aborda el tema desde diferentes áreas y creo que la “agencia”, se llama agencia y es una “agencia” y es del

Ministerio de Gobierno porque lo que pretende es salirse un poco del área específica de atención y poder tener un rol más...(entrevistada aclara) de hecho lo dice el decreto, de coordinación, un rol más transversal, en donde desde el Ministerio de Gobierno pueda trabajar con todos los ministerios...; y eso es como una postura también de cómo entender la problemática, porque no está en Salud, no está en Desarrollo Social, sino que está en un ámbito que se supone, que es un ámbito de mayor coordinación que es el Ministerio de Gobierno..., entonces yo creo que lo de la “agencia” en su momento es para darle...eh, una entidad de mayor coordinación si se quiere.

R: perfecto, se entiende, Entonces me decís que ¿depende del Ministerio de Gobierno?

C: sí, del Ministerio de Gobierno

R: ¿cuáles son los lineamientos que manejan desde la agencia?

C: a ver..., la agencia por creación, (entrevistada aclara)..., yo te puedo pasar el decreto..., después nosotros armamos un plan para trabajar, una planificación que tiene 3 grandes lineamientos..., uno que tiene que ver con la prevención y la capacitación en diferentes ámbitos, priorizando muchísimo..., que bueno depende, o sea tenemos..., ámbito laboral con el Ministerio de Trabajo, Ministerio educativo con programas en la educación, ámbito deportivo o ámbito recreativo que tiene que ver con Desarrollo Social y con Organizaciones Sociales..., y ámbitos de nocturnidad y demás que...

R: (entrevistadora toma la palabra) ¿Cómo se llama el plan?

C: Plan “Abre Vida”

R: ah...sí.

C: bueno, después tenemos, todo lo que tiene que ver con la atención y las redes de cuidado, que son, como nosotros...eh, garantizamos o acompañamos los procesos de atención de las personas atravesadas con consumo y también, como...eh, tenemos un equipo que va acompañando las

situaciones...que van siendo tomadas por el Ministerio de Salud, o sea, por los servicios de salud, pero a veces necesitan mayor complejidad, o a veces necesitan internaciones, o a veces necesitan otros tratamientos y nosotros somos los que también tenemos las..., los convenios que financiamos los tratamientos si fueran necesario con otros espacios, entonces, también tenemos esa línea que es el abordaje, y una tercer línea que tiene que ver con la comunicación y la información..., que pusimos en marcha un observatorio provincial en donde analizamos información en los diferentes ámbitos, de sala de situación de salud, de seguridad vial, de..., nuestros mismos nominales (entrevistada aclara)..., porque antes no se tenía la información, entonces, desde que nosotros estamos, es como que tenemos nominalmente todas las personas que están atravesadas...digamos, que tomamos, que trabajamos...eso también nos sirve para tomar algunas decisiones, para analizar..., y bueno, de comunicación porque también hay mucha falencia en cuanto a la temática en términos comunicacionales, orientación y demás, entonces nos ayuda a dar herramientas para...para orientar mas y poder llegar a mayor personas..., sin embargo, es una temática muy compleja..., que..., sobretodo..., hemos transitado diferentes paradigmas de abordaje, donde hay un dialogo permanente con los paradigmas, en donde..., va me imagino que lo habrás estudiado, no sé si lo tenés..., pero bueno, nosotros estamos en el paradigma de la complejidad y el paradigma de la multicausalidad de la problemática que sería como el último estadio, pero eso no quita que..., todos estamos atravesados por otros paradigmas..., en donde uno lo que tiene que trabajar mucho es, la idea de lo que las personas creen como tiene que ser la respuesta del Estado, generalmente escuchamos mucho..., por esto de..., internar, encerrar..., que bueno, es lo que aparece a veces en el imaginario como la única solución...,

R: sí, sí, lo único que se conoce...,

C: ..., lo único que se conoce y bueno la verdad que no todo es así, según las situaciones, hay que ver cómo, por, cuánto..., cómo, dónde cuánto..., entonces, bueno, eso es como un cambio de paradigma también importante, y también para pensar de que la agencia lo que no pretende es ser..., o sea, sí pretende ser un órgano rector, pero lo que no pretende es ser los especialista que somos los que venimos a resolver el problema, sino como también nos empezamos a transversalizar y a trabajar en conjunto para que el tema del consumo sea una problemática más

social que sea tomada de cualquier ámbito y no por el especialista que te va a salvar el problema, sino que lo abordamos de una..., (entrevistada aclara)..., porque lo entendemos que es un problema multicausal y que tampoco va hacer trabajado de una área, sino que tiene que ser trabajado con una mirada específica si se quiere, pero absolutamente transversalmente con otras áreas

R: claro...eh, ustedes trabajan con otras instituciones me dijiste, ¿trabajan con ONG también?

C: sí, trabajamos con ONG..., trabajamos con 2 tipos de instituciones, trabajamos con ONG históricas, que brindan tratamiento y también trabajamos con las organizaciones sociales más nuevas, que hay toda una línea de trabajo que tiene que ver con las organizaciones de bajo umbral de exigencia, se les dice, que son aquellas organizaciones que están..., son muy barriales, son bien territoriales, que de alguna manera, son como el primer eslabón en donde los pibes pueden estar, pueden permanecer..., y no son..., son contenidos, no son echados por la problemática de consumo, sino son contenidos y trabajamos mucho con ellos, que a veces es el primer escalón que pasan para si necesitan un proceso de atención..., con esas dos como un tratamiento específico..., pero también como mas de bajo umbral que se llama que..., (entrevistada aclara)...,en parte los que inauguran ese proceso de trabajo son los cura-villeros y también las organizaciones más políticas..., todo lo que tiene que ver con el “Movimiento Evita”, con el “Movimiento ni un pibe menos”, con la gente de “Causa y efecto” que es el movimiento a la dignidad o sea...,todo eso es lo que más quedaron..., y la verdad que es interesante ese proceso que lo vamos coordinando con lo que cada ciudad tiene en relación a espacios de convivencia, de encuentros y dinámica que abarcan, es un poco la idea.

R: claro, si, si..., y ustedes..., porque yo le hice entrevista a el Diat y a la Estación, y me nombraron la Aprecod que trabajan con ustedes, que tienen varios acuerdos, que se trabaja bastante en conjunto con ustedes..., eh,

C: claro, nosotros somos escala Provincial..., entonces claro, tenemos ciertas cosas en Rosario que..., tenemos toda la Provincia, entonces lo que pasa en Rosario, nos como vos lo estas estudiando en términos de Rosario, no territoriales..., pero es bastante diferente la cantidad de

instituciones, el sistema de salud, la trayectoria de espacio de inclusión que tiene Rosario no la tienen otros.

R: no..., si, si..., lo que me llamo la atención, para bien obviamente, que las 2 entrevistas que tuve me hacían referencia siempre a este circuito de actores, la Aprecod, la Sedronar, digo..., una mesa de actores que siempre se nombran los mismos actores..., (entrevistadora aclara)..., en el buen sentido lo estoy diciendo.

C: si, si..., en el Diat es un desafío porque es como condensa los 3 niveles del Estado en una institución, es tremendo!..., pero es fantástico..., y ahí un poco nosotros también coordinando porque, o sea, estamos con muni, estamos nosotros, y a su vez yo soy la delegada por Santa Fe a nivel Nacional, entonces yo formo parte de la mesa federal, el Consejo Federal de Drogas, entonces bueno...,

R: claro, ¿el COFEDRO? ¿Que sería en representación de la Sedronar?

C: exactamente, exactamente

R: bueno, en la página web de la Sedronar, figura el plan de la muni “Si sentís que te caes Rosario tiene una red” y cuando lo vi no entendía que hacía eso allí.

C: claro, porque..., de hecho, el año pasado hubo un Consejo Federal en Rosario, y ahí, Rosario presentó su plan..., (entrevistada aclara)..., porque bueno, vos pensá que a nivel de la agenda local, la política pública local, el tema del consumo es un tema nuevo, no está..., o sea..., Rosario es una ciudad muy grande, muy innovadora..., pero recién nosotros..., de hecho tenemos una red de municipios y comunas que estamos tratando de que los municipios tomen el tema, pero bueno..., el otro día tuvimos un encuentro..., antes de ayer, y yo decía que es como muy innovador lo que están haciendo, porque es nuevo, un tema que históricamente trabajaron las ONG o trabajaron gobiernos Nacionales..., ni a veces los provinciales tampoco, entonces es como un desafío fantástico..., y cuando fue la mesa Federal, Nación..., o sea Sedronar quedó como

muy bien impresionado del plan que tenía Rosario, entonces trabajo algunas cosas y lo usaron de ejemplo en varios lugares

R: vos me decías que trabajan con las ONG... ¿hay algún?... , porque me decía Lautaro Danna que tienen un sistema con Aprecod para el registro...

C: eso es parte del trabajo del Observatorio, justamente el observatorio lo que hizo fue..., antes, bueno, uno tenía un convenio, otro..., otro..., entonces ahora nosotros tenemos todo un sistema unificado que compartimos con la Municipalidad de Rosario, en donde ellos ven, cuales son las altas, las bajas de las plazas..., eh, la compartimos si se quiere, de las instituciones y también cargamos nominalmente las personas, entonces, como eso, ordeno muchísimo el proceso de trabajo porque...

R:..., también es una especie de poder tener un control con las ONG...

C:..., de hecho tengo un informe nuevo que hizo el observatorio en relación a los abandonos de los tratamientos, todo nominal, de 300 casos, que bueno, son pocos, pero en realidad te pinta una realidad muy interesante..., y las ONG, es como que bueno..., todo se alinearon un poco..., pero da muy buen resultado y tenemos muy buen dialogo con ellos y también lo que hacemos es eso..., cada 2 ó 3 meses tenemos una especie de encuentro con las organizaciones..., como para analizar cómo estamos, los molestamos que vengan, le hacemos una devolución..., nosotros hicimos por ejemplo, también una lectura del tema género, con el tema del tratamiento, miramos todos nuestros programas y nuestros sistemas con clave de género y la verdad que es bastante complejo, y ahí nos dan algunos datos importantes que es como el acceso..., el pedido de ayuda y el acceso al tratamiento en proporciones en 30/70, antes era 80/20..., ahora que aumento un 10% , igual es muy poco en la extensión y también como nos damos cuenta también, que espacios de bajo umbral como el Diat que lo analizábamos..., ¿no sé con quién hablaste, con nacho?

R: sí, con nacho.

C: lo analizábamos con nacho, era como que los espacios de bajo umbral, son los espacios más accesibles para el género porque ellos tienen 50 y 50 pibes, entonces, ahí nos dábamos cuenta de que la perspectiva de género está muy puesta, son mucho más accesibles los de bajo umbral que lo...., porque bueno, por cuestiones de miedo, de millones de cosas..., o incluso del rol de mujer de cuidado de sus hijos, que poder trabajar sobre su consumo a veces implicaría dar a conocer algo que otra área puede pensar que está mal con su hijo..., es muy complejo, entonces bueno.

R: ustedes, porque siempre hablamos del trabajo que hacen con otras instituciones... ¿ustedes, tienen una institución propia para la atención?

C: mira nosotros tenemos...eh, a medias te podría decir, nosotros lo que tenemos es un convenio con exclusividad absoluta, hay una cooperativa de trabajo que tiene un espacio, que lo gestionan ellos, pero que es nuestro, porque está financiado al cien por cien...eh, en Rosario, y en Santa Fe estamos ahora revisando..., o sea justo hoy abrimos la licitación para poner un Centro de día en las oficinas de Santa Fe...eh, lo que sí a veces utilizamos son los espacios...eh, mas públicos del Diat, la Estación, o los de Salud mental que tienen los sistemas..., los dispositivos no manicomiales que trabaja Salud mental y adicciones y a veces también los..., coordinamos también

R: o sea, si a ustedes les llega alguna situación ustedes...

C: vemos..., todo lo que tenemos en la red vamos viendo..., lo que sí nosotros trabajamos con un fuerte enfoque de APS, o sea cualquier persona que nosotros...(entrevistada aclara)..., eso es una ley, cualquier persona que llama, primero es, ¿cuál es la adscripción al centro de salud?, ¿Dónde está el centro de salud?, sino va, llamamos nosotros al centro de salud para que pueda analizar el centro de salud, si no quiere ese centro de salud, otro centro de salud, pero siempre la dimensión de salud integral, siempre está presente, siempre..., antes como era 'yo tengo un problema de consumo', bueno, ¿Cómo estás?, 'y, mal', 'bueno, vas a residencial a una comunidad terapéutica'..., eso no se hace mas, ahora se hacen una serie de evaluaciones que las hace un equipo interdisciplinario, como dice la ley, y siempre con un enfoque de salud, porque es como una dimensión que no aparecía y siempre trabajando la adscripción al sistema de salud.

R: claro, para tener la referencia

C: claro, entonces vos me decís, ¿hay una institución pública?, si, tenemos un centro..., pero la verdad es que también tenemos una red de servicios que es buena y que hoy..., mira yo vengo trabajando en la Provincia..., yo antes de esta gestión estuve en gabinete social y al verdad es que ahí empezamos a trabajar...(entrevistada aclara)..., en el gabinete social es un ámbito interministerial y ahí empezamos a trabajar en lo que se denomino la mesa intersectorial de adicciones, y eso fue la ante sala, si se quiere de la agencia..., te estoy hablando del año 2012/2013, que ahí teníamos una dirección de adicciones de Desarrollo Social que lo que hacía era, cualquiera llamaba y lo mandaban a una comunidad terapéutica, todo el eje de salud..., nada, nada, con lo que, o sea, se supone que si tenemos una mirada de atención primaria y de salud..., lo necesitamos, y a parte a veces, incluso muy complejo porque, no se podían coordinar y trabajar sobre el proceso de desintoxicación en hospitales generales, la verdad que, de ahí..., ahora, lo que se avanzó fue muchísimo, que falta muchísimo..., pero es un tema muy complejo, que tiene muchas resistencias, y la mayor resistencia somos nosotros mismos en nuestras prácticas, porque también es eso..., los mismos que se rasgan las vestiduras por la ley de salud mental, a veces tienen las peores prácticas manicomiales...eh, entonces es para mí el mayor desafío, pero nosotros tenemos muy buen sistema de salud que aloja procesos de guardia y procesos de desintoxicación planificada..., nosotros planificamos procesos de desintoxicación, en una internación de una semana..., mira que eso es...

R: sí, sí en el corto tiempo que hay desde el paradigma anterior hasta ahora..., hay un corto tiempo para la gran cantidad de avance...

C: pero yo creo que eso solo lo pudimos hacer por la capacidad y la posibilidad del sistema de salud que no es..., que también son todos nuestros trabajadores, que tenemos resistencia igual y por una mirada común y también esto de pensar la integralidad, siempre lo pensamos con los otros, nunca un área sola, o sea, eso fue fundamental y es más fácil, me parece.

R: si, por eso te decía que encontraba el común denominador de que siempre estaba Sedronar, Aprecod, muni...

C: sí, sí (risas)..., somos siempre los mismos..., nacho...y sí lo que ahora tratamos de hacer es bueno, ver como también vamos trabajando sobre otros dispositivos y..., por ejemplo en Santa Fe que lo tenemos como mas aceitado..., acá también pero, en Santa fe incluso existe hasta una persona que se encarga de eso, es que articula todos los procesos de atención de los chicos que están en el Nueva Oportunidad, que van viendo las situaciones y si lo van necesitando vamos haciendo todas las articulaciones...,yo directamente tengo una persona que se dedica al Nueva Oportunidad, a trabajar el tema del consumo con el nuevo oportunidad..., y acá, bueno, lo tomó más la Municipalidad, también en Rosario, pero también, ¿Cómo le damos valor o vamos también transversalizando y metiéndonos en programas que para nosotros son estratégicos como el Nueva Oportunidad.

R: que encima está en la mayoría de las instituciones esta, digamos, es una herramienta de entrada..., yo hice las practicas en el centro de salud Emaus, y nosotros participábamos del Nueva Oportunidad y es una herramienta de llegada al toque con la comunidad.

C: ah, sí..., claro.

R: el plan “Abre vida” vendría hacer el plan de la Provincia y el plan de la muni es “si sentís que te caes...”

C:..., el de la Provincia es una planificación, un plan y el de la muni es el plan de prevención de consumo de alcohol y sustancias.

R:..., es como que, ¿cada uno tiene una planificación?

C: sí.

R: ¿igual trabajan los dos con los dos planes?

C: sí, si nuestro plan entra a la muni...,

R: claro, no es que cada uno tiene el suyo..., es una manera de tener una planificación.

C: claro, exactamente, además nosotros tenemos otra escala, tenemos que pensar en todo, entonces ahí aparece todo lo de red de municipios y comunas, que es diferente..., vos pensá, por ejemplo, en Santa fe no hay sistema de salud publico municipal, no hay, entonces, la realidad es absolutamente diferente..., en Santa Fe no hay ni un área del tema, no hay, nada, o sea, trabajamos con niñez un poco, con el área local de niñez, con algo de Desarrollo, pero se da diferente en cada lugar.

R: claro, bueno muchas gracias.

C: bueno, cualquier cosa que necesites avísame.