



Serie

Documentos de trabajo

Prácticas de trabajo en drogas

De la acción a la reflexión... y vuelta



intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas

.....

▣ PRÁCTICAS DE TRABAJO EN DROGAS

.....

DE LA ACCIÓN A LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

PAULA GOLTZMAN

EVA AMORÍN



intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas

ESTA PUBLICACIÓN SE REALIZA CON APOYO DE LA FUNDACIÓN LEVI STRAUSS

Goltzman, Paula Marcela

Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta / Paula Marcela Goltzman y María Eva Amorín - 1a ed. - Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2013.

60 p. ; 30x21 cm. - (Serie Documentos de trabajo; 4)

ISBN 978-987-28608-1-3

1. Sociología. 2. Drogas. I. Amorín, María Eva II. Título
CDD 301

Fecha de catalogación: 27/12/2012

Autoras: Paula Goltzman y Eva Amorín

Entrevista Consultório de Rua: Dafne Melo

Colaboración redacción Red de Prevención de Metán: María Sol Wasyluk

Edición técnica: Silvina García Guevara

Diseño gráfico y diagramación: Diego Bennett

Diseño de tapa: Javier Basevich

Intercambios Asociación Civil

Corrientes 2548 2º D (1046) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Primera edición

500 ejemplares impresos

© Intercambios Asociación Civil

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Libro de edición argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

▣ AGRADECIMIENTOS

Esta publicación es posible gracias a la Fundación Levi Strauss y al apoyo financiero dado a *Intercambios Asociación Civil* para la ejecución del proyecto “Reduciendo el estigma y la discriminación de los/as usuarios/as de drogas” que permitió acercarnos a distintas provincias de Argentina y conocer sus experiencias.

Agradecemos a Antonio Nery Filho y Agustín Barúa, porque con ellos conocimos prácticas de trabajo con usuarios de drogas respetuosas de los derechos de los sujetos tanto en Brasil como en Paraguay, y nos facilitaron los contactos para entrevistarnos con quienes diariamente hacen el trabajo.

A Oriol Romaní, cerca o lejos siempre dispuesto.

A Diana Rossi, María Pía Pawlowicz y Araceli Galante por sus aportes a la construcción de la publicación y por el placer que es trabajar con ellas.

Al equipo de *Intercambios* todo, porque siempre están.

A todos los entrevistados y a través de ellos a todos los que participan de alguna manera en ese hacer, por la generosidad con la que dialogaron con nosotros, y porque entendieron que relatar también es parte de trascender.

ÍNDICE

Presentación	7
La Esquina , en Bariloche, Río Negro. “La primera pregunta es qué lugar ocupan las drogas en la vida de esa persona”.....	9
Red Comunitaria de Prevención de Metán , en Salta. “Nuestra fortaleza fue convocar a todas las instituciones y organizaciones de Metán”.....	17
Proyecto de Reducción de Daños , del Programa municipal de VIH/Sida e ITS de San Martín, en Buenos Aires. “Tuvimos que trabajar internamente, en el equipo, la ambivalencia que nos generaban muchas situaciones”.....	25
Consultório de Rua , en Salvador de Bahía, Brasil. “Si el usuario no va al dispositivo, el dispositivo va hasta el usuario”.....	33
Sicoroga , en el Bañado Sur de Asunción, Paraguay. “Buscamos que el crack deje de ser un elemento de división y se convierta en una causa de organización y trabajo comunitario”.....	41
Doce conceptos clave para repensar las prácticas de trabajo en drogas Reflexiones de Oriol Romani.....	49
Instrumentalidad y política de las intervenciones de reducción de daños Por Paula Goltzman y Jorgelina Di Iorio.....	53
Notas y bibliografía	59

▣ PRESENTACIÓN

Prácticas de trabajo en drogas. De la acción a la reflexión... y vuelta es una publicación inspirada en el intercambio producido con experiencias de trabajo y, sobre todo, con equipos de personas que en diferentes lugares, bajo diferentes circunstancias, se dispusieron a abordar los problemas que devienen del uso problemático de drogas.

La Fundación Levi Strauss, a partir del proyecto “Reduciendo el estigma y la discriminación de los/as usuarios/as de drogas”, hizo posible que *Intercambios Asociación Civil* editara este texto. En él se recuperan las estrategias de trabajo utilizadas por los equipos con el objetivo de, tal como reza su subtítulo, conducir a una reflexión a partir de la acción para, desde allí, como praxis social, volver a una acción transformada por ese relato.

No son experiencias ejemplares, no son modelos de experiencias, son ¡simplemente y nada menos que experiencias! Acciones que avanzaron sobre la realidad del uso problemático de drogas y alcanzaron algunos logros, no sin contradicciones, obstáculos e idas y vueltas. Para describirlas tomamos los siguientes ejes de análisis:

- ▣ Diagnóstico de inicio de la experiencia.
- ▣ Conformación de equipos.
- ▣ Descripción del dispositivo, sus estrategias y acciones.
- ▣ Trabajo en red.
- ▣ Evaluación de la experiencia.

Además, para presentar los elementos que componen cada dispositivo y cómo operan en un contexto determinado, nos planteamos los siguientes interrogantes: qué pasaba en ese territorio donde se decidió abordar el tema drogas, quiénes lo hicieron y desde qué saberes, qué se propusieron hacer y cómo lo fueron haciendo, con quiénes lo hicieron y con quiénes fue imposible hacerlo, y qué tal resultó o cuál es el balance. Cada una de estas preguntas habilita a hablar de “lo que hacemos”, para que en ese decir podamos pensarlo, revisarlo, problematizarlo y ponerlo en diálogo con las propias prácticas de quienes lean esta publicación, destinada a aquellas personas que desde distintos ámbitos forman equipos e intervienen –o se preguntan cómo hacerlo– en el campo de las drogas.

Convocamos la voz del dispositivo *La Esquina*, de Bariloche, en la provincia de Río Negro, por su capacidad de integrar en una misma práctica el abordaje comunitario inespecífico y la atención focalizada en usuarios de drogas, con el desafío de ser una propuesta pública donde se articulan tres dependencias estatales.

En el caso de la *Red de Prevención Comunitaria de Metán*, en la provincia de Salta, se destaca un entramado de organizaciones diversas, en apariencia de perfiles no conciliables, que deciden aportar desde sus habilidades a la misma propuesta a pesar de las diferencias.

La experiencia del *Proyecto de Reducción de Daños*, que funciona dentro del Programa Municipal de VIH/Sida e ITS del municipio de San Martín, en la provincia de Buenos Aires, además de ser de las más antiguas –trabaja hace más de una década específicamente orientada a usuarios de drogas–, es una de las pocas en Argentina que desde la política pública se define como estrategia de reducción de daños.

Invitamos a participar de la publicación a dos prácticas internacionales –el *Consultório de Rua*, de Salvador de Bahía (Brasil), y *Sicoroga*, de Asunción (Paraguay)– porque, al pensar desde otros países los mismos problemas, aportan singularidades y similitudes enriquecedoras. El *Consultório de Rua* es referencia para toda la región por su

abordaje en reducción de daños con personas en situación de calle: en esta experiencia es clave la mirada del equipo de trabajo, su solidez y contención recíproca, sólo sustentable cuando se combina con una red de derivaciones para la asistencia de los temas que van más allá de la sustancia. La propuesta de *Sicoroga* tiene singularidades varias: es la única que se realiza sin dependencia estatal, combinando militancia con asistencia.

De la cercanía afectiva y conceptual con Oriol Romaní, nació la conversación en que nos brinda, casi a modo de glosario, categorías clave para repensar la problemática. Este artículo y el de autoría de Paula Goltzman y Jorgelina Di Iorio deben ser leídos a modo de diálogo con las experiencias; su inclusión tiene la intención de aportar elementos de reflexividad sobre las experiencias publicadas, pero también sobre las que los lectores, seguramente, poseen.

Muchas veces dijimos, que hacer que otra política de drogas sea posible es demostrar que efectivamente es posible. Que hay modos de intervenir en el problema que no están regidos únicamente por la lógica de la cura o el control, que implican construcciones colectivas, que consideran contextos particulares y, sobre todo, que son transferibles. Las experiencias presentadas son únicas, singulares, pero también tienen muchos elementos en común. Lo estrictamente igual a ellas no vuelve a suceder, pero nos puede inspirar a intentar, probar, nos puede dar ideas y, sobre todo, compartir la sensación de que sí se puede.

PAULA GOLTZMAN Y EVA AMORÍN

LA ESQUINA, EN BARILOCHE, RÍO NEGRO

“LA PRIMERA PREGUNTA ES QUÉ LUGAR OCUPAN LAS DROGAS EN LA VIDA DE ESA PERSONA”

SURGE DE UN CONVENIO ENTRE TRES INSTITUCIONES PÚBLICAS DE RÍO NEGRO, EN MEDIO DE UNA CRISIS SOCIAL. *La Esquina* SE CARACTERIZA POR SU INSERCIÓN TERRITORIAL Y LA ARTICULACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES. DESARROLLA GRUPOS DE AYUDA MUTUA Y, A TRAVÉS DE OPERADORES COMUNITARIOS, PROMUEVE EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE DROGAS EN LAS DECISIONES SOBRE SU PROPIA VIDA. SU CONCEPTO CLAVE: “INTEGRALIDAD”.

“Como muchos otros espacios, *La Esquina* empezó con la tragedia”. Así comienza Oscar Di Marco (ODM), médico generalista, su relato sobre el origen del dispositivo de atención en drogas que desde junio de 2011 se lleva adelante en Bariloche, provincia de Río Negro. El 17 de junio de 2010, el asesinato de tres jóvenes por parte de la policía conmocionó a la ciudad. Este hecho generó una pueblada que exigió un cambio que iba más allá del accionar policial. Los medios de comunicación hablaron de “dos Bariloches”: el turístico, próspero y exclusivo, y el invisibilizado, pobre y excluido. Las organizaciones sociales reclamaron políticas públicas para la juventud. De allí surgió el armado del dispositivo de atención comunitaria de adicciones *La Esquina*, que se desarrolla en tres barrios de la ciudad con una perspectiva de acompañamiento a los usuarios de drogas en sus posibilidades y decisiones, con fuerte enfoque en el abordaje territorial. En esta entrevista, junto a Di Marco, la psicóloga Mariela Muzio (MM) y la trabajadora social Victoria Graciá (VG) describen la experiencia.

CLAVES DEL DISPOSITIVO

- INTEGRALIDAD.
- MIRADA PUESTA EN EL SUJETO.
- ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL E INTERSECTORIAL.
- COMPLEMENTARIEDAD DE DISCIPLINAS.
- RED DE INSTITUCIONES EN CADA TERRITORIO.
- ADAPTACIÓN DEL DISPOSITIVO A LA DEMANDA DE CADA LUGAR.

dispositivolaesquina@yahoo.com.ar

ENTREVISTADOS

OSCAR DI MARCO, médico generalista.

MARIELA MUZIO, psicóloga.

VICTORIA GRACIÁ, trabajadora social.

EQUIPO

MÉDICO GENERALISTA DEL HOSPITAL

ZONAL BARILOCHE. Fue el primer coordinador del dispositivo y hoy acompaña la iniciativa.

PSICÓLOGA, COORDINADORA. Acompaña a los operadores y supervisa las situaciones en las que intervienen. Hace atención psicológica individual en algunos casos.

TRABAJADORA SOCIAL, COORDINADO-

RA. Realiza el diagnóstico territorial inicial. Brinda las herramientas en abordajes individuales, familiares, grupales, comunitarios. Articula con los efectores del sistema de salud.

OPERADORES COMUNITARIOS (8). Realizan acompañamientos individuales, articulaciones interinstitucionales, y participan en el territorio de las redes institucionales y las actividades locales.

ROMPER CON LOS
MODELOS MECANIZADO Y
PSIQUIÁTRICO
DE ATENCIÓN DE
LAS ADICCIONES,
PROBLEMATIZAR ESTA
CUESTIÓN DE QUE “TODO
SE VA A CURAR CON UNA
PASTILLITA” O “TODO SE
VA A CURAR CON UNA
INTERNACIÓN”. ROMPER
CON LAS RECETAS.

▼ *¿Cómo es que el asesinato de tres jóvenes deriva en armar un dispositivo sobre drogas?*

▲ **MM.** En ese momento yo formaba parte del Programa Jóvenes en Conflicto con la Ley Penal, que pertenece al Ministerio de Desarrollo Social de Río Negro. Uno de los chicos asesinados venía de una familia multi-intervenida en Bariloche y los asesinatos generaron tanto repudio que el hecho forzó al gobierno provincial a fijar una posición. Se armó un comité de emergencia social. Duró apenas unos meses, pero de ese espacio surgieron varias acciones a desarrollarse en el corto plazo, entre ellas el dispositivo de drogas.

▲ **VG.** Coincidió con que en aquel momento la provincia tenía que definir en qué ciudades armar propuestas de atención del consumo problemático de sustancias y se eligió Bariloche por el conflicto particular que atravesaba la ciudad. Fue una respuesta a lo que los funcionarios y la sociedad en general veían como un problema de la juventud, a quienes, aparentemente, la falta de espacios y de actividades propias los conducía directamente al consumo. Cuando empezamos a trabajar le dimos una vuelta de tuerca a esta mirada inicial, pero así surgió la demanda.

Un principio: capacitación y territorio

▼ *¿Cómo se armó el dispositivo?*

▲ **ODM.** Hubo dos etapas: la primera fue armar el equipo; la segunda, insertarnos en el terreno. Definimos una estrategia basada en operadores comunitarios. Convocamos a un curso de formación que duró dos meses y medio. Lo hicimos junto al Programa Prevenir de la Sedronar¹ e incorporamos algo de reducción de daños, lo que nos íbamos enterando, porque no teníamos ni tenemos extrema cancha en el tema adicciones. El enfoque inicial fue hacia el derecho a la salud y recién en la clase diez aparecía algo sobre drogas. Después se tomó un examen y de ese proceso surgieron los primeros operadores. Por otro lado, se hizo la selección del equipo técnico, que en ese momento se formó con la trabajadora social Victoria Graciá, la psicóloga Gabriela Letón y yo. Pero no llegaban los nombramientos, así que tardamos meses en arrancar. Mientras, usamos el espacio de capacitación para profundizar en cómo funcionaríamos. Más tarde, Gabriela ocupó otro cargo, lo que la alejó del dispositivo.

▼ *¿Qué tuvieron en cuenta en la segunda etapa, de inserción en el terreno?*

▲ **ODM.** No vamos a un terreno desierto sino a un espacio donde hay gente trabajando desde hace muchos años, que si bien no se pone el nombre de que trabaja el tema “consumo”, se ocupa de problemáticas sociales donde está todo relacionado. Es decir que se trata de empezar por el respeto y pensando cómo uno acompaña lo que ya existe.

▲ **VG.** Planificación e inserción comunitaria. Este dispositivo estaba pensado para todo Bariloche. Al comienzo nos vinculamos con todos los equipos de los territorios, pero las problemáticas nos superaban. Priorizamos tres lugares porque no alcanzaba la cantidad de recurso humano para abarcar toda la ciudad. Esto lo fuimos definiendo en conjunto con las otras instituciones, a partir de un diagnóstico territorial inicial y de la participación en las llamadas “mesas interinstitucionales” y “mesas intercaso”, que son instancias locales que se impulsaron hace unos años y desde entonces funcionan en muchos barrios.

FACILITADORES

☒ EL CONFLICTO SOCIAL QUE LLEVÓ A LA DECISIÓN POLÍTICA DE CREAR EL DISPOSITIVO.

☒ LA EXISTENCIA PREVIA EN LOS BARRIOS DE MESAS INTERINSTITUCIONALES Y DE MESAS INTERCASO.

LINEA DE TIEMPO

☒ JUNIO 2010
EL CRIMEN DE TRES JÓVENES GENERA UNA PUEBLADA Y EL RECLAMO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

☒ JUNIO 2011
SE CREA EL DISPOSITIVO EN ADICCIONES *LA ESQUINA*.

☒ MAYO-JULIO 2011
FORMACIÓN DEL EQUIPO Y CAPACITACIÓN A OPERADORES COMUNITARIOS.

▼ ¿Cómo resultó esa etapa?

▲ **ODM.** Al principio sentíamos que no estábamos haciendo nada por la población con problemas de consumo, pero participar de reuniones con los agentes de salud, en actividades comunitarias, y hacernos parte de los problemas del barrio, entre otras cosas, nos permitió ir conociendo a las instituciones de cada territorio. Fue uno de los momentos más importantes, porque empezamos a ser un espacio reconocido, un interlocutor para trabajar.

Dinámica de trabajo: tres instituciones, once personas, un equipo

Una singularidad de *La Esquina*, entre otras, es que surge de un convenio entre tres instituciones: los ministerios de Desarrollo Social y de Salud de Río Negro, y la Municipalidad de San Carlos de Bariloche, que articula con el Programa Prevenir de la Sedronar. El Ministerio de Salud aporta el médico y la trabajadora social, el de Desarrollo Social la psicóloga y ocho operadores comunitarios, y la municipalidad facilita las instalaciones del área de Adicciones para la sede del dispositivo. “Juntar instituciones con lógicas de funcionamiento distinto hace ruido... y bastante”, dice Oscar Di Marco. Y enumera una serie de inconvenientes con los cuales se enfrentan a diario, desde contrataciones, horarios y jefes distintos dentro del mismo equipo, hasta la falta de definición de una única referencia para cuestiones administrativas.

▼ ¿Cuáles son las instancias de coordinación?

▲ **MM.** Todas las semanas tenemos una reunión de equipo donde socializamos la información, especialmente con los operadores. Allí se planifican las actividades, tareas y estrategias de abordaje individual, familiar y comunitario. Después, durante la semana y en función de las actividades, nos juntamos con las duplas de operadores de cada territorio.

▼ ¿Qué rol lleva adelante cada integrante del equipo?

▲ **MM.** Los operadores tienen tareas específicas: acompañamiento de situaciones individuales, inserción barrial a través de actividades comunitarias, articulaciones y participación en la Mesa Interinstitucional local y en la Mesa Intercaso, que es donde surgen la mayoría de las demandas. La articulación interinstitucional e intersectorial es la pata más grande.

▲ **VG.** Desde el trabajo social el aporte es, por un lado, proponer herramientas para la inserción territorial y, por otro, una mirada sobre los diferentes abordajes: individual, familiar, grupal y comunitario. Al inicio, además, se hizo un acompañamiento a los operadores en lo que luego harían solos: acercarse para conformar el vínculo con el usuario de drogas y su familia.

▲ **MM.** Yo soy psicóloga, me incorporé a la coordinación del equipo en abril de 2012 como dupla técnica con la trabajadora social. Desde mi profesión, el rol es de acompañamiento a los operadores y la supervisión en las situaciones que ellos acompañan. También de planificación conjunta de las estrategias de acompañamiento. A veces los operadores necesitan instancias individuales de contención y orientación, ya que algunas situaciones que acompañan son muy

OBSTÁCULOS

- ☒ POR FALTA DE RECURSOS HUMANOS LA PROPUESTA SÓLO SE PUEDE DESARROLLAR EN TRES TERRITORIOS.
- ☒ HAY DIFERENTES SITUACIONES CONTRACTUALES DENTRO DEL EQUIPO.
- ☒ NO HAY UNA SEDE ADMINISTRATIVA UNIFICADA PARA GESTIONES.
- ☒ SE OBSERVAN ALGUNAS RESISTENCIAS EN EL HOSPITAL PARA REALIZAR DESINTOXICACIONES.
- ☒ FALTA LOGRAR UNA MEJOR ARTICULACIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

LAS FICHAS NO SON INAMOVIBLES, SE VAN MODIFICANDO SEGÚN LA SITUACIÓN DE CADA PERSONA. EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES NO ES UN TEMA ESPECÍFICO EN SÍ MISMO SINO QUE TIENE QUE VER CON LA INTEGRALIDAD, INTEGRAR DENTRO DE LA SALUD.

☒ JUNIO-OCTUBRE 2011
DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO TERRITORIAL, SE DEFINEN LOS LUGARES DONDE TRABAJAR.

☒ JUNIO 2011
INSERCIÓN DE LOS OPERADORES EN LOS BARRIOS.

☒ ABRIL-NOVIEMBRE 2012
SE CREAN EN LOS BARRIOS LOS GRUPOS DE PARES PARA JÓVENES, ADULTOS Y PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.

FORTALEZAS Y LOGROS

- ▣ EXISTE UN ACERCAMIENTO CON LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD.
- ▣ EL EQUIPO TÉCNICO TIENE UNA MIRADA EN COMÚN SOBRE EL TEMA DROGAS.
- ▣ SE COMPARTE UNA CONCEPCIÓN DE INTEGRALIDAD EN LA QUE EL USUARIO ES UN SUJETO CON POSIBILIDADES PARA DECIDIR Y HACER.
- ▣ HAY CAPACIDAD PARA DESARROLLAR PROPUESTAS DIFERENTES EN CADA TERRITORIO Y HABILIDAD PARA TOMAR DISTINTOS CAMINOS Y LLEGAR AL MISMO HORIZONTE.

complejas e implican una fuerte carga emocional, tocan cuestiones personales. Es importante escuchar y contener, para que las estrategias puedan tener una continuidad desde quienes las llevan adelante. Además, cuando algunas situaciones lo requieren, hago atención psicológica individual, sobre todo de adolescentes.

▣ *¿Cuál es el rol desde la medicina?*

▣ **ODM.** Romper con los modelos mecanizado y psiquiátrico de atención de las adicciones, problematizar esta cuestión de que “todo se va a curar con una pastillita” o “todo se va a curar con una internación”. Romper con las recetas.

▣ **VG.** Para el Servicio de Salud Mental el dispositivo fue algo novedoso y al principio poco aceptado, porque plantea un modelo diferente de atención. Incluye en el armado de estrategias al sujeto usuario de drogas, concibe a la problemática como social, nos involucramos todos los actores sociales... y las figuras del psiquiatra, psicólogo o médico se van sumando en aquella estrategia que lo requiera. No para todos los usuarios se van a necesitar los mismos recursos profesionales ni materiales, o las mismas estrategias.

Con la integralidad como norte

▣ *En varias oportunidades, durante esta charla, señalaron que las estrategias son diferentes con cada persona, ¿cómo es esto?*

▣ **MM.** Cuando nos reunimos, la primera pregunta que nos planteamos es ¿qué lugar ocupan las drogas en la vida de esta persona? A partir de ahí se hace el diagnóstico y quizá no entramos directo al abordaje del consumo. A veces el emergente tiene que ver con una cuestión habitacional o con la vulneración de un montón de otros derechos; entonces la estrategia empieza por ahí y no tanto por la sustancia. Las fichas no son inamovibles, se van modificando según la situación de cada persona. El abordaje de las adicciones no es un tema específico en sí mismo sino que tiene que ver con la integralidad, integrar dentro de la salud.

▣ *¿Cómo llega la demanda de intervención a La Esquina?*

▣ **VG.** A través de las mesas interinstitucionales y, especialmente, de las mesas intercasos, que son dos espacios de los que participan los operadores comunitarios. A esto se suman situaciones planteadas en el contacto cotidiano con las instituciones, organizaciones sociales, equipos de la municipalidad y dos equipos de Desarrollo Social que están en los mismos barrios. En general, lo primero que hacemos es una entrevista domiciliaria para conocer a la persona y a su familia. A partir de ahí se plantea otra más profunda, en otro espacio, y se definen los pasos a seguir.

▣ *¿De qué manera llegan a definir la estrategia de intervención en cada caso?*

▣ **MM.** Las estrategias las armamos entre todos, incluido el sujeto. Sea adolescente o adulto, es participe en definir qué puede hacer para estar mejor. Partimos de entender que todos llegan porque están atravesando alguna situación de consumo problemático, pero cada persona es diferente. Es importante respetar la historia, la singularidad y, sobre todo, la situación actual de esa persona.

▣ **VG.** Llegar a este acuerdo sobre el usuario como persona que decide por sí misma llevó mucha discusión en la capacitación de los operadores, una discusión desde lo teórico, lo ideológico. Decíamos que no era cuestión de formar operadores especialistas en drogas, sino que lo importante es que todos comprendamos que trabajamos con personas que son sujetos de derecho. Personas que están en una situación de vida angustiante o atraviesan en este momento un

LAS FIGURAS DEL PSIQUIATRA, PSICÓLOGO O MÉDICO SE VAN SUMANDO EN AQUELLA ESTRATEGIA QUE LO REQUIERA. NO PARA TODOS LOS USUARIOS SE VAN A NECESITAR LOS MISMOS RECURSOS PROFESIONALES NI MATERIALES, O LAS MISMAS ESTRATEGIAS.

problema de consumo, pero que también tienen un montón de otros recursos que podemos tomar para ayudarlas a concretar lo que decidan. Si su opción es el consumo, para poder seguir viviendo mejor, o para dejar de consumir en el caso de que así lo quisieran.

▣ *¿Esta mirada sobre el usuario de drogas es compartida?*

▣ **VG.** Todavía no logramos que sea aceptada por el resto de los profesionales ni por las instituciones. Los prejuicios, estereotipos, están dando vueltas... es algo que siempre trabajamos al interior del equipo, porque todos tenemos pre-conceptos. Pensar al usuario de manera integral genera ruido, porque implica correr nuestra propia mirada moralista y tener en claro que quien decide sobre su vida es el otro.

El dispositivo: acompañamiento individual, grupos de pares y actividades comunitarias

La Esquina desarrolló un dispositivo que se caracteriza por el abordaje territorial. “Hacemos actividades comunitarias que parecieran no tener que ver con el trabajo terapéutico o con los usuarios de drogas, pero esas actividades inespecíficas igual aportan a la respuesta que la persona está necesitando”, dice Victoria Graciá. La propuesta combina el accionar de operadores insertos en las redes organizacionales que existen en cada barrio, el acompañamiento de situaciones individuales, la participación en actividades de promoción comunitaria, una fuerte articulación con las instituciones públicas de Bariloche para gestionar los recursos posibles en cada caso, y el desarrollo de grupos operativos o de ayuda mutua.

▣ *¿Cómo surgen los grupos operativos en el dispositivo?*

▣ **VG.** Los fuimos abriendo a partir de diferentes demandas. Son grupos de mutua ayuda, donde las personas comparten sus experiencias. Y de esa experiencia del otro cada quien va tomando algunas estrategias para ver cómo resolver lo que le pasa. Cada espacio está atravesado por ideas concretas, talleres y actividades recreativas. Como criterio metodológico, trabajamos la coordinación en duplas, para sumar miradas, y que los participantes no identifiquen unidireccionalmente a una sola coordinadora. Tenemos grupos de adultos, de adolescentes y de hombres de la tercera edad.

LAS ESTRATEGIAS LAS
ARMAMOS ENTRE TODOS,
INCLUIDO EL SUJETO.
SEA ADOLESCENTE O
ADULTO, ES PARTÍCIPE EN
DEFINIR QUÉ PUEDE HACER
PARA ESTAR MEJOR.
ES IMPORTANTE
RESPECTAR
SU HISTORIA,
SINGULARIDAD Y
SITUACIÓN ACTUAL.

MIRADAS

¿Cuál es el problema? ¿La sustancia? ¿Lo que las personas ven de quien consume cierta sustancia? ¿La persona que consume? ¿Cuál es el problema y para quién? Estas preguntas atraviesan al dispositivo *La Esquina* en cada intervención. “A veces pasa que madres de adolescentes o vecinos están preocupados por una persona. Y cuando la entrevistamos, ella no ve como un problema eso que preocupa a los demás –señala la trabajadora social Victoria Graciá-. Por ejemplo, con los adolescentes suele ocurrir que dicen ‘vine porque

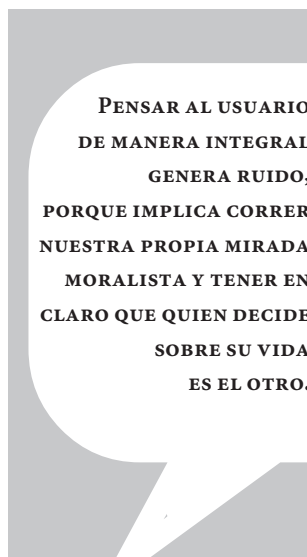
mi mamá me dijo’. Si desde el dispositivo se evalúa que la situación requiere un acompañamiento, el equipo técnico seguirá trabajando con esa mamá, mientras el operador, que tiene más ‘entre’, empieza a charlar con el adolescente a ver qué le está pasando y cuál es realmente el problema. En ese transitar con ambos, suele descubrirse que las miradas no coinciden. Quizá para la mamá el problema tiene que ver con el consumo y para el adolescente con la comunicación con su familia”, concluye.



HACER CON OTROS

La Esquina se autodefine como un dispositivo marcado por el trabajo en articulación con otros actores. “Priorizamos la vinculación con los diferentes equipos de salud, los del municipio, del ministerio... porque las personas que están trabajando en el territorio desde antes seguramente conocen problemáticas que nosotros no. Y esas miradas son las que necesitamos”, señala la trabajadora social Victoria Graciá.

A esto se suma un mapeo de recursos en constante actualización: “En el armado de estrategias particulares vamos necesitando cosas diferentes, entonces se hace indispensable conocer cuáles son las instituciones que tiene Bariloche, con qué recursos cuenta cada una de las que forman parte del dispositivo y establecer un vínculo con ellas”, agrega.



▼ ¿Qué resultados tienen?

▲ **VG.** Uno de los grupos más sólidos es el de varones de la tercera edad, que se reúne para jugar a la taba una vez por semana. Son personas que vienen de zonas rurales que, a partir del juego, empiezan a charlar sobre sus vidas, sobre lo que les preocupa. Trabajamos en la reducción de daños, porque tienen un consumo problemático de alcohol de mucho tiempo. Hablamos de cómo empezar a cuidar la salud y gracias a estos lazos solidarios que se generan entre ellos, se permiten acompañarse en los momentos en que nosotros no estamos.

▼ ¿Por ejemplo?

▲ **VG.** Si vos en el fin de semana te enterás de que tu compañero de grupo está mal, o hace mucho que no lo ves por el barrio, acercarte a su casa, preguntarle si tuvo una recaída o necesita atención médica. Es empezar a desarrollar recursos para que, cuando las instituciones no están presentes, puedan entre pares dar respuesta a quien lo está requiriendo.

▼ Mencionaste tres tipos de poblaciones: adultos, tercera edad y jóvenes. ¿Estos grupos funcionan en todos los barrios?

▲ **VG.** Cada barrio fue demandando una distribución diferente: el grupo de adultos mayores está en un solo lugar y de adolescentes hay en dos barrios. Pero utilizamos distintas estrategias en cada caso, es algo que vamos definiendo según la necesidad que se va planteando en cada territorio. No es que en todos los barrios tiene que haber los tres grupos. Vamos armando la estrategia en función de lo que ven como necesidad las instituciones, los usuarios, las derivaciones y la sociedad en general.

▲ **ODM.** Vamos construyendo y aprendemos en la medida en que hacemos, con algunas convicciones previas, pero no en las acciones, sino en la concepción de la presencia del sujeto como una integralidad.

De logros, dificultades y desafíos

▼ ¿Cuáles son los principales desafíos de La Esquina?

▲ **VG.** Uno de nuestros objetivos es lograr una relación más fluida con los servicios de salud mental, porque si bien no es condición del dispositivo empezar un espacio terapéutico individual, hay usuarios que lo demandan y esa respuesta está todavía en construcción, en buena medida porque no hay psicólogos suficientes. En la actualidad nos acercamos al centro de salud más cercano

para que la persona acceda a un turno, mientras que en paralelo continúa con las actividades grupales y comunitarias, acompañado por los operadores de *La Esquina*.

▼ *¿Qué obstáculo les parece más complejo de sortear?*

▲ **VG.** Cuando alguno de los usuarios necesita ingresar a un hospital para un tratamiento de desintoxicación, el acompañamiento es nuestro; por el vínculo que tenemos y porque hay resistencias adentro de los hospitales. Por ahora no podemos articular de otra forma. Son muchos espacios en los que estamos actuando, es complicado por la falta de recursos humanos.

▲ **ODM.** Uno de los graves problemas con el abordaje de las adicciones es que se requiere de mucha gente, es un trabajo muy cuerpo a cuerpo. Esta es una de las limitaciones que tiene el dispositivo, que requiere más integrantes en el equipo para fortalecerse. Y ahí uno ve el espacio dubitativo... en la provincia particularmente, con el desarrollo de las políticas públicas hacia las adicciones.

▼ *¿Cuál es el logro más relevante de La Esquina?*

▲ **VG.** El acercamiento que tenemos con las familias y la comunidad. Es una de las cosas que más nos fortalece como equipo. El resto son los avatares propios de cualquier otra problemática... avanzamos unos pasitos y retrocedemos otros, así es como vamos acompañando el proceso individual de cada usuario.

▲ **ODM.** La capacidad de decirnos en el equipo: "Che, si vamos para allá y no anda, cambiemos de dirección". Sabemos cuál es nuestro norte, pero eso no significa que sea en línea recta ni con una receta, podemos ir cambiando.

UNO DE LOS GRAVES
PROBLEMAS CON EL
ABORDAJE DE LAS
ADICCIONES ES QUE SE
REQUIERE DE MUCHA
GENTE, ES UN TRABAJO
MUY CUERPO A CUERPO.
ESTA ES UNA DE LAS
LIMITACIONES QUE TIENE
EL DISPOSITIVO.

PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

- ☒ ¿Cómo definiría la "integralidad" en un dispositivo de atención de usuarios de drogas a partir de la lectura de la entrevista?
- ☒ ¿Qué visión sobre el usuario de drogas se propone?
- ☒ Al desarrollar un dispositivo para usuarios de drogas, ¿qué importancia tiene participar en actividades de promoción comunitaria inespecíficas?
- ☒ De la experiencia que aquí se relata, ¿qué elementos le parecen posibles de ser recuperados para su propia intervención? ¿Por qué? ¿Cómo los utilizaría?

“NUESTRA FORTALEZA FUE CONVOCAR A TODAS LAS INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DE METÁN”

EN DOS AÑOS Y MEDIO ABRIERON OCHO CENTROS COMUNITARIOS CON LOS QUE ABARCAN VEINTICUATRO BARRIOS DE LA CIUDAD. DESARROLLAN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, CON ESPECIAL FOCO EN LA INFANCIA, AUNQUE TAMBIÉN PROMUEVEN GRUPOS OPERATIVOS DE JÓVENES, DE MUJERES Y DE HOMBRES. SU CARACTERÍSTICA DISTINTIVA ES LA CAPACIDAD DE ARTICULACIÓN PARA EL TRABAJO EN RED ENTRE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y ORGANIZACIONES SOCIALES.

Una mañana de junio de 2010 en las oficinas del municipio de Metán, en la provincia de Salta, donde estaban habituados resolver las demandas por el pavimento, la iluminación de las calles y otras cuestiones del trazado urbano, recibieron un documento sin precedentes. El Ministerio Público, a través de un oficio judicial, informaba que habían encontrado a niños consumiendo tolueno en una escuela primaria y exigía al poder ejecutivo local que tomara medidas urgentes. La noticia trascendió a los medios de comunicación y la alarma se hizo general. El uso de pegamento no venía solo –advertían los periódicos–, sino que pronto sucedería lo que ya había pasado en la ciudad vecina de Rosario de la

CLAVES DEL DISPOSITIVO

- ▾ GESTIÓN PARTICIPATIVA.
- ▾ TRABAJO INTERSECTORIAL.
- ▾ PREVENCIÓN UNIVERSAL, SELECTIVA E INDICADA.
- ▾ FOCO EN LA INFANCIA.
- ▾ ANÁLISIS DEL CONTEXTO SOCIAL, HISTÓRICO Y CULTURAL.

prensametán@gmail.com

ENTREVISTADA

▾ **MERCEDES GONZÁLEZ TULA**, coordinadora general y articuladora de la Red.

EQUIPO

DE COORDINACIÓN GENERAL

- ▾ **COMUNICADORA SOCIAL.** Articuladora de la Red. Impulsa y acompaña la construcción de los centros de prevención.
- ▾ **TRABAJADORA SOCIAL.** Brinda las herramientas en abordajes individuales y en el fortalecimiento de vínculos familiares.
- ▾ **PSICÓLOGA.** Acompaña las situaciones que requieren atención terapéutica in-

dividual. Coordina grupos de mujeres y de jóvenes.

▾ **MÉDICA PSIQUIATRA.** Acompaña las situaciones que requieren atención terapéutica individual.

DE CADA CENTRO DE PREVENCIÓN

- ▾ **REFERENTES TERRITORIALES.** Integran el equipo de coordinación de cada centro. Promueven la participación barrial, identifican situaciones que pueden requerir la intervención del equipo técnico de la Red.
- ▾ **PSICOPEDAGOGAS/OS.** Hay uno por centro. Trabaja con las niñas y niños en

apoyo escolar y actividades recreativas.

▾ **PROFESOR/A DE EDUCACIÓN FÍSICA.** Hay uno por centro. Coordina actividades deportivas y recreativas.

▾ **TALLERISTAS.** Desarrollan talleres culturales, de oficios, recreativos para distintos grupos de edad. Su número es diferente en cada centro.

▾ **ACOMPANANTES TERAPÉUTICOS Y CUIDADORES DOMICILIARIOS.** Acompañan a las personas que necesitan un apoyo terapéutico para algunas actividades de su vida. Se los convoca según las necesidades de cada centro.

ARMAMOS UNA MESA DE TRABAJO MUY SERIA, QUE NOS PERMITIÓ UNA APROXIMACIÓN A LO QUE REALMENTE ESTABA PASANDO. EMPEZAMOS A ENTENDER LA NECESIDAD DE HACER UN ABORDAJE INTEGRAL.

Frontera, donde meses atrás se habían producido una serie de suicidios entre adolescentes. “Se vienen los suicidios a Metán”, titulaban. Y adjudicaban a “la droga” el problema.

Aquel episodio marcó el origen de la *Red Comunitaria de Prevención de Metán*, una articulación entre el municipio, instituciones públicas locales y del estado provincial de Salta, y organizaciones de la sociedad civil para abordar en forma conjunta problemas relacionados al consumo de drogas, especialmente en la infancia. En estos dos años abrieron ocho centros comunitarios de prevención, con los que abarcan veinticuatro de los cincuenta y seis barrios que conforman Metán. A través de ellos llegan en forma directa a 1.200 personas. Y gracias a que lograron convertirse en una de las prioridades entre las políticas públicas de la ciudad, cuentan con un financiamiento específico del presupuesto anual. Mercedes González Tula, comunicadora social y trabajadora del municipio, tiene el rol de articuladora de la *Red*, y como impulsora y partícipe de la experiencia desde sus inicios, cuenta en esta entrevista cómo fue el proceso.

▣ ¿Cuál fue la primera reacción al recibir aquel oficio judicial en 2010?

▣ La municipalidad nunca había trabajado el tema adicciones. Y, de repente, la Justicia nos pedía que lo hiciéramos. La demanda venía acompañada de una visión bastante complicada, porque pretendía que habilitáramos un lugar para internar a todas las niñas y niños, adolescentes y jóvenes con problemas de consumo. Desde el municipio sabíamos que esa no era la salida, pero era una discusión difícil de mantener por su implicancia social. Cuando llegaba un chico usuario de drogas llamaban a la policía, lo llevaban, lo encerraban, le querían hacer causas... Era muy complejo.

▣ ¿Cómo lograron avanzar con una propuesta alternativa a esta mirada punitiva?

▣ El proyecto en abordaje de drogas lo empezamos desde la nada. Pero unos años antes el municipio venía trabajando cuestiones de la gestión en salud en el marco de la Mesa Intersectorial, un espacio donde nos reunimos representantes y referentes de distintos sectores e instituciones. Ese fue nuestro punto de apoyo.

FACILITADORES

- ☒ DECISIÓN MUNICIPAL DE NO IMPLEMENTAR PLANES DE INTERNACIÓN COMPULSIVA.
- ☒ EXPERIENCIA PREVIA DE GESTIÓN PARTICIPATIVA.
- ☒ EXISTENCIA DE UNA MESA DE TRABAJO INTERSECTORIAL.
- ☒ CONVENIO CON EL PROGRAMA PREVENIR, DE SEDRONAR.
- ☒ NUEVA LEY DE SALUD MENTAL COMO MARCO GENERAL.

Un antecedente: la experiencia intersectorial de gestión

El municipio de Metán se encuentra a 160 km. de la capital de Salta y tiene 40 mil habitantes. Un rasgo distintivo es su gestión con herramientas de planificación estratégica, la implementación desde el año 2000 de un “presupuesto participativo” (es decir, con un proceso de consulta y diálogo entre la comunidad y las autoridades sobre cuáles son las prioridades de inversión) y convocatorias a foros consultivos vecinales. “Esa experiencia fortaleció a los centros vecinales y a las instituciones intermedias en la toma de decisiones sobre la gestión pública”, afirma González Tula. En 2009, a raíz de la emergencia sanitaria que se produjo a causa del dengue, se conformó la Mesa Intersectorial para el abordaje de los problemas de salud.

▣ ¿Quiénes integran la Mesa?

▣ El hospital, la policía, la municipalidad, una docente supervisora de escuelas pri-

LINEA DE TIEMPO

☒ JUNIO 2010	☒ JULIO 2010	☒ AGOSTO 2010	☒ SETIEMBRE 2010
UN OFICIO JUDICIAL EXIGE UNA RESPUESTA AL CONSUMO DE TOLUENO.	LA MESA INTERSECTORIAL TOMA EL TEMA DROGAS.	CONVENIO CON EL PROGRAMA PREVENIR, DE SEDRONAR.	DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Y PRIMER EQUIPO DE TRABAJO.

marías y colegios secundarios, representantes del Concejo Deliberante, organizaciones intermedias abocadas al tema ambiental, y el grupo Madres por la Vida, que reúne a mujeres que perdieron a sus hijos en accidentes de tránsito. En su momento, desde la municipalidad fue un desafío conformar la Intersectorial, porque hasta entonces nosotros habíamos trabajado en los problemas del cordón cuneta, el pavimento o el foquito de la esquina, en resolver el bolsón comunitario. A partir de la Intersectorial empezamos a trabajar con otras instituciones, problemáticas nuevas.

▼ *¿Cuál fue el rol de la Intersectorial en la orientación del trabajo en drogas?*

▲ Armamos una mesa de trabajo muy seria, que nos permitió una aproximación a lo que realmente estaba pasando. Por ejemplo, conocer que los niños que se habían suicidado en Rosario de la Frontera no estaban jugando al *shocking game*, sino que habían sido abusados, golpeados... Y lo mismo con el tema drogas, empezamos a entender la necesidad de hacer un abordaje integral. Pero teníamos mucha resistencia de los medios, del Poder Judicial y, lo que más nos preocupaba, de las escuelas.

▼ *Muchas presiones a la vez. ¿Cómo lo resolvieron?*

▲ Decidimos avanzar con los recursos que teníamos y con las instituciones que confiaban en que podíamos hacer este tipo de trabajo. En aquel momento surgió la posibilidad, a través de la Secretaría de Salud Mental y Abordaje Integral de las Adicciones del Ministerio de Salud Pública de la provincia, de firmar un convenio para implementar a nivel municipal el Programa Prevenir de la Sedronar¹. Esto nos acercó algunas herramientas, recursos y asistencia técnica, como para empezar.

De la terapia individual a la estrategia comunitaria

El abordaje que hicieron con los niños que consumían tolueno marcó el modelo de trabajo de la *Red*, porque fue la primera intervención, con aciertos y errores de los que aprender. “El mayor acierto que tuvimos fue entender que lo primero era conocer el territorio, a las personas de la comunidad, y comprender su contexto social, histórico y cultural, que en este caso era muy particular”, advierte González Tula.

▼ *¿Qué era lo singular?*

▲ Los niños pertenecían a una comunidad de wichi-matacos, originarios del sureste de la provincia, en la zona de El Quebrachal, en plena selva montana. Durante la dictadura fueron trasladados a las cercanías de la ciudad y se armó una nueva comunidad, también integrada por criollos. Sobreviven de la recolección de cosas para reciclar y de comida del basural municipal, que por cuestiones sanitarias fue cerrado tiempo atrás. Entonces, estamos hablando de una comunidad marginada de muchas maneras. De los 120 niños que vivían allí, dieciséis consumían tolueno.

▼ *¿Qué estrategias implementaron con ellos?*

▲ En su momento se planteó desde el hospital que los chicos fueran a hacer terapia. Así que nosotros, que éramos muy nuevos en esto, los acompañábamos

OBSTÁCULOS



- ☒ JUDICIALIZACIÓN DEL PROBLEMA.
- ☒ DESCONFIANZA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE PROPUESTAS ALTERNATIVAS A LA INTERNACIÓN.
- ☒ DEMANDA SOCIAL DE RESPUESTAS REPRESIVAS.
- ☒ PRESIÓN MEDIÁTICA Y DESINFORMACIÓN.
- ☒ RESISTENCIAS DEL PODER JUDICIAL Y DE LAS FUERZAS DE SEGURIDAD.
- ☒ DESCONOCIMIENTO DE LA LEY DE SALUD MENTAL.
- ☒ ROTACIÓN DE PERSONAL CON QUE SE HABÍA LOGRADO UN VÍNCULO DE TRABAJO.
- ☒ RESISTENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD A TRABAJAR EN EL TERRITORIO.
- ☒ LA FALTA DE REFERENTES O LÍDERES COMUNITARIOS QUE FACILITEN EL ASENTAMIENTO DE LOS CENTROS.

☒	☒	☒	☒	☒
NOVIEMBRE 2010	ENERO 2011	ENERO-DICIEMBRE 2011	MARZO 2011	ABRIL-MAYO-OCTUBRE 2011
SE FORMA LA RED	COLONIAS DE VACACIONES	DIAGNÓSTICOS	APERTURA DEL PRIMER	MESAS DE TRABAJO
COMUNITARIA DE	PERMITEN EL PRIMER	PARTICIPATIVOS	CENTRO DE	CON EL PODER JUDICIAL.
PREVENCIÓN DE METÁN.	CONTACTO CON LOS BARRIOS.	EN CADA BARRIO.	PREVENCIÓN.	

FORTALEZAS Y LOGROS

- ▣ OCHO CENTROS DE PREVENCIÓN EN FUNCIONAMIENTO.
- ▣ GRUPOS DE MUJERES, DE JÓVENES Y UNO DE VARONES.
- ▣ ACERCAMIENTO CON LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD.
- ▣ PRESUPUESTO PROPIO.
- ▣ COMPROMISO COMUNITARIO CON LA PROPUESTA.
- ▣ EQUIPOS TÉCNICOS EN CADA CENTRO.
- ▣ CAPACIDAD PARA DESARROLLAR PROPUESTAS DIFERENTES EN CADA TERRITORIO.
- ▣ FORTALECIMIENTO DEL TEJIDO COMUNITARIO.

al hospital. A los chicos les costaba mucho. Nos decían: “Seño, nosotros no estamos locos para venir acá”. Enseguida nos dimos cuenta de que necesitábamos hacer un abordaje en el territorio y empezamos a organizar talleres de cosas prácticas, como cocina, y trabajamos sobre sus derechos. También armamos una red de teléfonos para que supieran que no estaban solos. Y logramos generar un buen vínculo. Fue una experiencia de la que aprendimos mucho.

▣ *¿Cómo lograron llevar adelante este cambio de enfoque?*

▣ Creo que nuestra fortaleza fue que desde la Mesa Intersectorial convocamos a todas las instituciones y organizaciones de Metán a un diagnóstico participativo. Hubo muchas voces, disensos, posiciones que parecían irreconciliables, pero logramos armar un proyecto y de ahí salió el primer equipo de trabajo. Esa misma metodología implementamos desde la *Red* en los barrios. Definimos con cada comunidad cuáles son los temas más preocupantes y qué estrategia conviene llevar adelante, aunque siempre teniendo en cuenta nuestro objetivo general, que es trabajar sobre la prevención universal, selectiva e indicada² en el tema drogas.

La *Red* en los barrios

Arrancaron en enero de 2011, a seis meses del oficio judicial que dio nacimiento al trabajo de la *Red*, con colonias de vacaciones en algunos barrios. “Fue la excusa para iniciar un vínculo con las vecinas y vecinos. Después buscamos un nombre que identifique el tipo de trabajo que hacemos, entonces les llamamos ‘centros preventivos’. Y ahora cada uno de los ocho centros tiene su nombre, que eligen las personas del mismo barrio”, relata González Tula.

▣ *¿A qué población están destinadas las actividades de la Red?*

▣ Trabajamos con niños, en grupos organizados por edad y distribuidos en diferentes horarios, un promedio de tres horas diarias, de lunes a sábados. Además promovemos la conformación de grupos de mujeres, de jóvenes y en 2012 arrancamos con un grupo de hombres, que se llama “De Par a Par”. Como parte de las estrategias de intervención se establecen dispositivos de atención personalizada en los casos que lo requieren.

▣ *¿Cómo son las propuestas con las mujeres?*

▣ Cada centro tiene su propia identidad. Hay consolidados cuatro grupos, con distintas propuestas, como gimnasia, peluquería, pintura sobre tela. Son formas de mejorar sus habilidades y trabajar la autoestima. En todos hay un momento de reflexión, como parte del abordaje. La mayoría de los centros funcionan a partir de las cuatro de la tarde y hasta las nueve de la noche.

▣ *¿Por qué definieron como horario la tarde y la nochecita?*

▣ Los horarios son un complemento de la escuela. Los fines de semana son especialmente críticos para los conflictos familiares, incluido el consumo. Es importante tener actividades los viernes, sábados y lunes, porque nos permite saber cómo pasaron el fin de semana. Veníamos de una experiencia con el Programa de Asistencia Integral y Desarrollo, que trabajaba con mujeres víctimas de violencia. Al comienzo los encuentros eran un día por semana y pronto nos dimos cuenta de que era muy poco tiempo, y decidimos que fueran de lunes a viernes, de las siete de la tarde hasta las diez de la noche. Y con los hijos trabajamos en horas de la siesta, en prevención universal.

▣ *¿Qué situaciones priorizaron a partir de los diagnósticos participativos?*

▣ En el barrio San Cayetano identificamos problemas de consumo abusivo de

PARA PODER ABRIR UN CENTRO DE PREVENCIÓN EN UN BARRIO TIENE QUE HABER UN LIDERAZGO COMUNITARIO, ALGUNA ORGANIZACIÓN YA INSTALADA Y LEGITIMADA.

alcohol en mujeres jóvenes, entre 18 y 33 años de edad, mamás de los niños y niñas que concurren al centro. Para nosotros era importante trabajar el consumo de alcohol. Para ellas eran importantes otros temas, como el fortalecimiento del vínculo con sus hijos. Armamos un grupo coordinado por la psicóloga del equipo y hacemos un abordaje integral con los dos temas.

▼ *¿Cómo se desarrolla el grupo?*

▲ Están a *full*. La verdad es que son re buenas las chicas. Sienten que ese espacio les pertenece. Se reúnen, hablan... ellas dicen que desde que existe el grupo tienen algo para hacer.

▼ *¿Cuál fue la experiencia en otros barrios?*

▲ En El Crestón, el diagnóstico participativo nos permitió visualizar que había violencia de género. Había femicidios, homicidios seguidos de suicidio y mucho maltrato infantil. El consumo problemático es de alcohol, en hombres. Entonces nos movilizamos para trabajar en ese sentido.

▼ *¿Cómo definen en qué barrios es posible abrir centros de prevención?*

▲ Para que podamos instalarnos tiene que haber un liderazgo comunitario. Es decir, alguna organización ya instalada y legitimada, como un centro vecinal. Nos acercamos cuando hay un pedido de la comunidad, o a partir de alguna situación particular desde la cual establecer el vínculo con el vecino. Por ejemplo, en El Crestón el liderazgo que abrió las puertas fue el de una señora mayor, una vecina, que tiene mucho *feeling* con los jóvenes. Los muchachotes la siguen mucho. Los levanta los domingos, los lleva a casa... Personas con este tipo de características son las que necesitamos, porque son los referentes válidos de la comunidad.

▼ *¿En todos los barrios donde se lo propusieron pudieron trabajar?*

▲ Hay dos barrios que nos preocupan, porque hay enfrentamientos entre patotas, mucha violencia, alcoholismo... y no podemos instalarnos. Pero lo seguimos intentando, con un proceso de sensibilización más intenso. En la mayoría de los barrios, a partir de los diagnósticos participativos quedan las comunidades sensibilizadas y surgen los actores con los que ir armando el programa de trabajo.

Un equipo con recursos

Además del equipo de coordinación general, en cada centro que se abre se arma uno específico, en función de sus necesidades. Generalmente está integrado por referentes de la organización barrial, una psicopedagoga, un profesor de educación física, talleristas que realizan distintas actividades y, cuando es necesario, un acompañante terapéutico y cuidador domiciliario. Además, la psicóloga recorre los centros preventivos, para trabajar puntualmente las situaciones que necesitan atención terapéutica.

▼ *¿Qué dinámica de trabajo tienen como equipo?*

▲ Nos reunimos en forma semanal, repasamos cómo van las cosas y nos damos un pequeño espacio de reflexión para trabajar sobre nuestras emociones. Una vez al mes tenemos un encuentro de formación, que es parte de la capacitación permanente. Finalmente, de manera periódica convocamos a una reunión general de capacitación acerca de qué dice la Ley de Salud Mental³, cómo tendríamos que hacer el abordaje, por qué los dispositivos no son protocolos y otros temas. Es un espacio para seguirnos formando y formar a quienes se suman a los equipos de cada centro.

LOS MÉDICOS Y LOS
PSIQUIATRAS ESTABAN
ASUSTADOS, QUERÍAN
QUE TRAJÉRAMOS
ESPECIALISTAS DE
BUENOS AIRES
PARA QUE TRATARAN
A ESOS CHICOS QUE
PARECÍAN
TAN DIFÍCILES.

▼ *¿Cómo se financia el dispositivo?*

▲ Empezamos con presupuesto cero. Al principio, muchas de las actividades las llevábamos adelante con organizaciones no gubernamentales, en forma voluntaria, y para otras usábamos fondos de la Dirección de Promoción Social. Esto fue cambiando. Pusimos muchas energías para que se visualice el trabajo de la *Red* como prioridad de la gestión hasta lograr que en el presupuesto municipal figure una partida específica para “prevención y contención en drogas”, aprobada por el Concejo Deliberante.

Los actores clave

Además de las organizaciones e instituciones insertas en los territorios y que forman parte de la *Red*, para el trabajo en drogas es fundamental la articulación con otras dependencias del Estado. Esto implica barajar diversas estrategias para compatibilizar perspectivas y acercar instituciones que a veces tienen lógicas de trabajo casi contrapuestas.

▼ *¿Qué otros actores hay involucrados en las acciones que realizan?*

▲ La Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de la provincia, que es quien respalda la tarea de la *Red*. Además, los acompañantes terapéuticos que se capacitan en el Ministerio e incorporamos a nuestro trabajo. En cuanto al Ministerio Público y al Poder Judicial, por una cuestión estratégica decimos que trabajamos con ellos, que forman parte de la *Red*, pero en realidad ellos trabajan con nosotros. Los involucramos a partir de cuestiones concretas.

▼ *¿Cómo es la relación con el sistema de salud?*

▲ El Hospital del Carmen, que es un hospital zonal que funciona con centros de atención primaria distribuidos en tres barrios de la ciudad y una salita en la zona rural de Metán Viejo, es integrante de la *Red* a través de la Gerencia Sanitaria, pero hay áreas específicas del hospital con las que trabajamos que no participan de las reuniones. Por ejemplo, a nosotros nos gustaría que Atención Primaria de la Salud (APS) formara parte directamente de la *Red*, pero no es así, sino que trabajamos juntos.

▼ *¿Hay otras dependencias del Estado con las que articulen aunque no sean parte de la Red?*

▲ Bueno, sí. Por ejemplo, el Centro de Atención Juvenil para Jóvenes con Conflictos con la Ley, la unidad carcelaria que trabaja con internos de baja peligrosidad. También articulamos con asociaciones civiles que son importantes en Metán, que no están en la *Red* pero que hacemos muy buen trabajo conjunto: las instituciones Asociación de Exsoldados, Vecino por un Medio Ambiente Sano y Agrupación Scout Juramento, los llamados “fortines gauchos” y las asociaciones futbolísticas, como la Liga Infantil de Fútbol, la Liga de Fútbol y la Liga de Veteranos y Super veteranos. Con todos ellos trabajamos en distintas actividades.

Cambiar la mirada

▼ *Desde aquella primera experiencia de 2010 hasta ahora, ¿en qué cambió la mirada de la Red sobre el tema drogas?*

▲ Entendimos que lo importante es ver a la persona y no a la droga. Empezamos a plantearnos: “¿Qué está pasando con los niños? ¿Qué está pasando con los jóvenes? ¿Qué está pasando con los hombres que se quitan la vida?”. Pusimos en un segundo plano la sustancia y empezamos a mirar a la persona, su contexto,

NUESTRO DESAFÍO
FUE, POR UN LADO,
DESARROLLAR UNA
PROPUESTA ALTERNATIVA
QUE FUNCIONE Y, POR
OTRO, DEMOCRATIZAR
LA INFORMACIÓN; POR
EJEMPLO, SOBRE QUE
EXISTE UNA NUEVA LEY DE
SALUD MENTAL.

su historia de vida... Tuvimos que sacarnos muchos prejuicios, ideas erróneas que teníamos muy arraigadas, como que los chicos empezaban a fumar tabaco, después tomaban alcohol, después fumaban marihuana y después ya...

▼ *Problematizar la creencia de que el uso de drogas es una carrera adictiva.*

▲ Sí, es una idea que está muy instalada, todos creíamos que era así. Entender que hay distintos usos, que para cada persona significa algo diferente, que no es que se pasa de una sustancia menor a otra más grave... Eso nos costó a todos. Cuando empezamos a trabajar sobre los derechos del niño, a ver al usuario de drogas como una persona que toma sus propias decisiones, que yo las puedo compartir o no pero son las decisiones del otro, ahí fue cuando hicimos un cambio.

▼ *¿Cómo afrontaron las perspectivas que no coincidían con esta mirada de la Red?*

▲ Los médicos o psiquiatras, quienes supuestamente entendían del tema, estaban asustados; querían que trajéramos especialistas de Buenos Aires para que trataran a estos chicos que parecían tan difíciles. En cuanto a los jueces, siguieron insistiendo mucho tiempo en que la municipalidad, para cumplir con los derechos del niño, tenía que construir hogares y poner celadores... todo muy medieval. Nuestro desafío fue, por un lado, desarrollar una propuesta alternativa que funcione y, por otro, democratizar la información.

▼ *¿Qué información?*

▲ Sensibilizar en lo que establece la nueva Ley de Salud Mental y en que existe una nueva mirada que propone trabajar con los usuarios de drogas desde la reducción de daños y sus proyectos de vida. En la Red entendimos que tenemos que interactuar, articular, sentarnos a ver de qué manera buscamos la solución de esto que parece una gran tragedia y que, en realidad, cuando empezamos a entrarle al tema nos encontramos con chicos que venían pasando grandes privaciones afectivas. No tenían quien los escuchara, no tenían un lugar donde reunirse, no tenían qué hacer de su vida. Y también encontramos tías dispuestas a cuidar, centros vecinales que abren sus puertas, clubes de barrio que quieren hacer mucho más que partidos de fútbol.

▼ *¿Lograron que las instituciones judiciales y de salud compartan esta perspectiva?*

▲ A la salud pública le está costando muchísimo comprender el nuevo paradigma en salud mental, les cuesta comprender que los especialistas no son los psiquiatras exclusivamente. Con el Poder Judicial organizamos tres mesas de trabajo: la primera fue muy mala, nos peleamos todo el tiempo; después organizamos una jornada sobre derechos humanos y salud mental, con expertos invitados de otras partes del país, que fue más positiva. Ahora tenemos previs-

LA IDEA DE LA CARRERA ADICTIVA ESTÁ MUY INSTALADA. TODOS CREÁAMOS QUE ERA ASÍ. ENTENDER QUE HAY DISTINTOS USOS, QUE PARA CADA PERSONA LA SUSTANCIA SIGNIFICA ALGO DIFERENTE... ESO NOS COSTÓ A TODOS.



LA POLICÍA EN LA RED

La policía integró la Red Comunitaria de Prevención de Metán desde el primer momento. En la primera etapa, el rol de la jefa de unidad policial –persona a cargo de la policía en toda la ciudad– fue facilitador: “Compartía la visión de no penalizar a los usuarios de drogas y la promovió en la fuerza –explica González Tula–. El problema fue cuando cambió el jefe de unidad. No estaba de acuerdo con esta perspectiva y nos quitó el

apoyo”. Luego de esto buscaron la forma de recuperar la articulación con la policía y dieron con un funcionario de la división Docencia y Prevención Policial, quien propuso organizar una mesa de trabajo con la participación de todas las divisiones policiales de Metán, para debatir el nuevo paradigma. “Hacia allí vamos, la sensibilización de la policía es clave. Necesitamos seguir esta construcción”, concluye.

CON CADA
COMUNIDAD SE
DEFINEN LOS TEMAS MÁS
PREOCUPANTES Y QUÉ
ESTRATEGIA LLEVAR
ADELANTE, SIEMPRE
TENIENDO EN CUENTA
EL OBJETIVO GENERAL:
TRABAJAR SOBRE LA
PREVENCIÓN UNIVERSAL,
SELECTIVA E INDICADA EN
EL TEMA DROGAS.

to, con la delegada de la Magistratura, hacer una devolución por escrito de los logros del trabajo de la *Red*, donde contaremos cómo fue el proceso.

▼ *De esos logros, ¿cuál te parece el más destacable?*

▲ Haber comprendido y haber hecho comprender a la comunidad que para los problemas relacionados con las drogas se necesita un abordaje integral, que no puede resolverse en el hospital. Que la solución no la tienen los representantes de una profesión ni una institución solamente. La comunidad se sensibilizó y comenzó a tener una mirada distinta sobre los usuarios de drogas. Si en la esquina hay un grupo de chicos que se junta a tomar, o como se dice, “a drogarse”, el camino es empezar a acercarnos activamente. No sirve que los segreguemos y los estemos poniendo en otro lugar, porque ellos ya están en otro lugar. Cuando actuamos así, los que estamos fuera de lugar somos nosotros, como sociedad organizada.

PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

- ☒ ¿Qué papel juega el trabajo intersectorial y la capacidad de articulación en la construcción del dispositivo de la *Red Comunitaria de Prevención de Metán*?
- ☒ A partir de listar las organizaciones e instituciones que se mencionan en la entrevista, identifique y caracterice cuáles existen en su ámbito de intervención. ¿Qué rol cumplen y cuál podrían cumplir en un dispositivo de trabajo?
- ☒ ¿Qué opinión le genera la aseveración de la entrevistada sobre el protagonismo de los liderazgos comunitarios en la propuesta?
- ☒ De la experiencia que aquí se relata, ¿qué elementos le parecen posibles de ser recuperados para su propia intervención? ¿Por qué? ¿Cómo los utilizaría?

PROYECTO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS, DEL PROGRAMA MUNICIPAL DE VIH/SIDA E ITS DE SAN MARTÍN, EN BUENOS AIRES

“TUVIMOS QUE TRABAJAR INTERNAMENTE, EN EL EQUIPO, LA AMBIVALENCIA QUE NOS GENERABAN MUCHAS SITUACIONES”

SIN DUDA, DOCE AÑOS DE TRABAJO SOSTENIDO ES MUCHO TIEMPO. LA HISTORIA DE ESTE DISPOSITIVO SE TALLA EN BASE A LA CONSTRUCCIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO SÓLIDO, INTEGRADO TANTO POR SABERES PROFESIONALES COMO POR OTROS QUE SÓLO LA EXPERIENCIA DE VIDA PUEDE OTORGAR. FORMAN PARTE DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y SIEMPRE SE APOYARON EN ÉL PARA CRECER. SOPORTAN DESDE ALLÍ LAS DISTINTAS VUELTAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA, PORQUE CREEN EN LO QUE HACEN Y LO DEFIENDEN. ESTA ES SU HISTORIA Y SU PRESENTE.

El *Proyecto de Reducción de Daños* del Programa Municipal de VIH/Sida e ITS de San Martín, en la provincia de Buenos Aires, es una de las experiencias más antiguas de la Argentina en reducción de daños que se desarrollan desde el sistema público de salud. Nació en el año 2000 con el objetivo de prevenir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas⁴ y ese es su sello distintivo hasta la actualidad. Promueven la realización del test y, en caso de resultado positivo, ofrecen la posibilidad de iniciar un tratamiento antirretroviral.

Su estrategia es la misma desde el principio: operadores comunitarios surgidos de entre los mismos usuarios de drogas; recorridas por las zonas de consumo; acuerdos con los “transas” y con la policía para poder trabajar; provisión de preservativos, kits de inyección segura⁵ y folletos con recomendaciones prácti-

CLAVES DEL DISPOSITIVO

- VIH/SIDA.
- UDIS.
- REDUCCIÓN DE DAÑOS.
- KITS DE INYECCIÓN SEGURA.
- OPERADORES CON HISTORIA DE CONSUMO.
- COMPLEJIDAD.
- TRANSITAR LA DUDA.
- ACCESO A FINANCIAMIENTO.

programaviheits@sanmartin.gov.ar

ENTREVISTADAS

- CLAUDIA PETRACCA, trabajadora social.
- MIRTA ESQUIVEL, psicóloga.
- PATRICIA PINTO, operadora.
- PAOLA ACEVEDO, operadora.

EQUIPO

- TRABAJADORA SOCIAL. Coordina el Programa Municipal de VIH/sida e ITS.
- PSICÓLOGA. Responsable del *Proyecto de Reducción de Daños*.
- OPERADORES (5). Establecen el contacto con los usuarios, los acompañan a los servicios de salud, promueven su auto-reconocimiento como sujetos de derechos.
- ABOGADO. Realiza las acciones de protección y defensa que puedan necesitar los usuarios de drogas.
- EQUIPOS EN CENTROS DE SALUD (4). Desarrollan acciones de prevención en VIH/Sida, incluida la reducción de daños. Favorecen el acceso de los usuarios al sistema de salud.

NUNCA NOS PREOCUPÓ
CONFRONTAR CON
LA INSTITUCIÓN, EL
DESAFÍO ERA CON
EL USUARIO. NOS
PREGUNTÁBAMOS TODO
EL TIEMPO SI LO QUE
HACÍAMOS ERA LO
CORRECTO.

cas sobre cómo reducir los daños asociados al consumo de distintas sustancias; promoción de la prueba serológica de VIH, invitación a atenderse en un centro de salud y, fundamentalmente, la demostración de confianza y respeto por las decisiones del otro. “Tuvimos que trabajar internamente, en el equipo, la ambivalencia que nos generaban muchas situaciones”, afirma Mirta Esquivel (ME), psicóloga, responsable del *Proyecto de Reducción de Daños* y una de las iniciadoras del dispositivo junto a la trabajadora social Claudia Petracca (CP), en la actualidad coordinadora del Programa Municipal de VIH/Sida e ITS.

▼ ¿Qué ambivalencias?

▲ **ME.** Al principio, cuando un operador llegaba y anunciaba “me contacté con cinco nuevos UDIs”, la abreviatura que usamos para referirnos a usuarios de drogas inyectables, nosotras suspirábamos “guauuu”. Y, a la vez, esa alegría nos generaba contrariedad. ¿Nos ponemos contentas porque encontramos más usuarios de drogas? Lo fuimos procesando... vimos que sí, que estaba bueno, porque a partir de ese momento estos usuarios iban a tener la posibilidad de recibir información y cuidados, y acceder al sistema de salud, que eran nuestros objetivos.

▼ ¿Esta ambivalencia que sentían, era compartida por el resto de los integrantes del centro de salud?

▲ **CP.** Con Mirta y las promotoras teníamos muy claro lo que queríamos y se planteaba la discusión con nuestros compañeros, que al principio estuvieron completamente en contra del proyecto. Pero a nosotras nunca nos preocupó confrontar con la institución, el desafío era con el usuario. Nos preguntábamos todo el tiempo si estaríamos interviniendo bien, si lo que hacíamos era lo correcto. Había poca bibliografía y era nuestra primera experiencia. Teníamos una duda tras otra, recuerdo la duda como algo constante.

Promotores usuarios de drogas

Una clave de la llegada que lograron desde el principio estuvo relacionada con que se incorporaron al equipo promotores de salud con historia de consumo, quienes le dieron una impronta particular al proceso y a los profesionales: la posibilidad de acceder a las redes de usuarios de drogas. “Buscamos promotores entre los usuarios de drogas porque manejan información y códigos con sus pares que los demás no tenemos”, explica Petracca. Las características incluían, además, que tuvieran buen vínculo con los demás usuarios, que fueran referentes en sus comunidades y que pudieran circular más allá del propio barrio, por las distintas zonas del partido de San Martín.

Patricia Pinto (PP), una de las cuatro operadoras del primer equipo, ya cumplió diez años en el dispositivo. En la actualidad, junto a Paola Acevedo (PA), continúa las recorridas. En el hacer, ambas se fueron transformando, al igual que otros usuarios. En ellas se hace realidad aquel principio de que el trabajo en lo social es un trabajo con uno mismo. “Yo me incorporé como usuaria de drogas y a lo largo del camino se fueron modificando un montón de cosas en mí, decidí cuidarme –cuenta Acevedo–. Primero colaboraba con los operadores, repartía los kits descartables entre mis amigos de consumo, después empecé

FACILITADORES

- ☒ CAPACITACIÓN CONSTANTE EN VIH/SIDA, QUE LES PERMITE CONOCER EL PARADIGMA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS.
- ☒ ACCESO A FINANCIAMIENTO CON PROYECTOS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DESTINADOS A USUARIOS DE DROGAS.

LINEA DE TIEMPO

☒ 2000	☒ 2002	☒ 2003	☒ 2005
PRIMERAS CAPACITACIONES EN REDUCCIÓN DE DAÑOS.	CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN CON MATERIALES DE PREVENCIÓN.	PROYECTO CON USUARIOS Y PROMOTORES (FONDO GLOBAL).	INGRESO DEL PROYECTO AL PRESUPUESTO MUNICIPAL.

a ponerme metas, a dejar de estar escondida, y ahora soy la responsable de la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de mi región”, agrega. Pinto, por su parte, comenzó a militar en la Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as Usuarios/as de Drogas y forma parte de la Red de Personas con VIH de San Martín.

▼ *¿Cómo es el trabajo con los usuarios?*

▲ **PP.** Es algo muy, muy delicado. El vínculo, el acercamiento, la forma de manifestarme con el cuerpo, con la voz, cómo te vas para delante y cómo vas a ser recibida. No porque vos seas usuaria es que está garantizado el vínculo, también hacia nosotras se dieron situaciones de discriminación de nuestros pares.

▲ **PA.** A mí me pasó, algunos conocidos de años decían “cómo ésta, siendo del barrio y consumiendo como yo sé ha consumido, me va a venir a traer a mí una jeringa y me va a querer cuidar”.

▼ *¿Qué es lo más importante de su intervención?*

▲ **PP.** Por ejemplo, entender cómo consumen, porque con esa información quizás armamos con los mismos pibes un folleto, talleres o charlas informativas. Como actualmente tenemos una llegada global, no sólo a UDIs sino a usuarios de otras drogas también, ya no es cuestión de acercarlos el kit o los preservativos solamente, sino de llegar a la persona, empoderarla de que es un sujeto con derechos. Que se sienta con los mismos derechos que cualquier otra persona que camina o habita el país.

Prejuicios, dudas y nuevas certezas

▼ *Recién mencionaban cierto prejuicio de algunos usuarios hacia los operadores, por hacer promoción de la salud habiendo tenido un consumo problemático de drogas. ¿Qué otros prejuicios tuvieron que atravesar?*

▲ **CP.** Con Mirta nos costó mucho al interior del centro de salud. Nuestros compañeros nos decían “¿Cómo vas a dejar entrar a éste, que viene falopeado, borracho?”, o “son violentos, es peligroso”.

▲ **ME.** Incluso había momentos en que nos responsabilizaban porque los usuarios consumían en la esquina. Éramos las culpables de todo lo que se había desencadenado en el barrio. Nosotras habíamos legalizado las drogas.

▲ **CP.** Tuvimos que hablar mucho, sensibilizar. Con algunos lo logramos, con otros no. Por lo menos, quedó la puerta abierta para que los usuarios entraran y salieran del centro de salud, generalmente referenciados en nosotras.

▼ *¿Reconocen situaciones en que ustedes se encontraron con prejuicios propios hacia los usuarios de drogas o hacia el dispositivo?*

▲ **CP.** Yo estaba convencida de que la reducción de daños era una estrategia sanitaria absolutamente válida, que daba una respuesta al usuario. No me cuestionaba si estaba bien o mal. Hasta que en una de las recorridas nos llama una chica que tendría 14 años de edad y nos pregunta “¿ustedes son las que entregan las jeringas?”. “Sí”, le contestamos. Y ella sigue “porque yo consumo y quiero contactarme para empezar a recibirlas”. Ahí a mí se me rompió algo internamente, me pregunté si lo que estábamos haciendo era lo correcto...

OBSTÁCULOS

- ☒ RESISTENCIAS DEL EQUIPO DEL CENTRO DE SALUD.
- ☒ FALTA DE BIBLIOGRAFÍA EN QUE APOYARSE PARA LA INTERVENCIÓN.
- ☒ FALLECIMIENTO DE LOS OPERADORES.
- ☒ FINANCIAMIENTO ACOTADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.
- ☒ ALGUNOS EQUIPOS SE DESARMARON POR ROTACIÓN DE PROFESIONALES Y OPERADORES.
- ☒ DIFICULTADES EN LA ARTICULACIÓN CON INSTITUCIONES QUE BRINDAN OTRO TIPO DE TRATAMIENTOS.
- ☒ CAMBIOS EN LA GESTIÓN DE GOBIERNO LOCAL QUE ALTERAN LA RELEVANCIA QUE SE DA AL DISPOSITIVO.



☒	☒	☒	☒
2006	2007-2008	2009-2010	2012
7 CENTROS DE SALUD Y 36 OPERADORES (FONDO MUNDIAL).	ESTUDIO SOBRE INCIDENCIA DEL VIH EN USUARIOS DE DROGAS (FONDO MUNDIAL).	AMPLIACIÓN DE LAS ZONAS DE INTERVENCIÓN (UNIÓN EUROPEA).	REFORMULACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO. CONSULTORIO AMIGABLE EN HOSPITAL LOCAL PARA PERSONAS TRANS USUARIAS.

FORTALEZAS Y LOGROS

- ▣ INSTITUCIONALIZACIÓN DEL DISPOSITIVO.
- ▣ COBERTURA DE CASI EL 100% DEL MUNICIPIO.
- ▣ INFORMACIÓN PRECISA Y ACTUALIZADA SOBRE EL PROGRAMA.
- ▣ DOCE AÑOS DE TRABAJO SOSTENIDO.
- ▣ CAPACIDAD PARA FORMAR A OTROS EQUIPOS.
- ▣ APOYARSE EN LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.
- ▣ SENSIBILIZACIÓN DEL PODER JUDICIAL LOCAL.
- ▣ SENSIBILIZACIÓN DE HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD.

▣ *Les generó un dilema hacer reducción de daños con adolescentes...*

▣ **PP.** Es un planteo bastante difícil en la cabeza de una. Nos miramos entre nosotras y no sabíamos qué hacer... Pero sacamos el kit y se lo dimos.

▣ **CP.** Después entendimos que lo mejor que podía pasar era que esa chica continuara en contacto, que se generara un vínculo, para poder trabajar con ella sobre su consumo y lo que le estuviera pasando en su vida. Acompañarla sin invadirla, respetando sus propias decisiones.

Vendedores de drogas bajo la figura de “colaborador”

El desarrollo de estrategias en el territorio requiere tomar decisiones sobre qué relación sostener con los actores del microtráfico de cada lugar. En las experiencias internacionales de prevención de VIH/sida con UDIs funcionó la de llegar a acuerdos con los vendedores de drogas. En algunos casos se les provee de kits para que ellos los entreguen a los usuarios, junto con la sustancia. En otros, se presentan los objetivos del trabajo y así se evita que se opongan a la presencia de los operadores. El equipo de San Martín apostó a la primera opción.

▣ *¿Cómo fue que decidieron sumar a los transas?*

▣ **CP.** Nosotros conocíamos la experiencia de Villa Corina, en Avellaneda, donde esto les había funcionado. Y como muchos operadores conocían a quienes vendían, se les ofreció la figura de “colaborador”.

▣ *¿Y aceptaban ese rol?*

▣ **PP.** Sí, se sentían cómodos. De alguna manera, podían decir que estaban haciendo algo por la salud de “sus” usuarios.

▣ **CP.** Pero esto nos generó la oposición del director del centro de salud, discusiones muy fuertes. No aceptaba la figura del colaborador. Decía que era contradictorio dar el mensaje de que alguien que está perjudicando la salud de la población esté a su vez ofreciéndole insumos preventivos.

▣ *Y al interior del equipo de reducción de daños, ¿cómo fue tomar esta decisión?*

▣ **ME.** Hace un rato hablábamos de nuestros prejuicios y con este tema a mí se me movió el piso. Tomar la decisión de incorporar al transa a la estrategia convocó a mi vieja estructura. No fue nada fácil, porque recién empezábamos y todavía no estábamos totalmente convencidos de lo que hacíamos.

▣ **PP.** En aquel momento sumarlos nos sirvió. Fue una manera de lograr entrar a los barrios sin tenerlos en contra. No siempre, pero muchas veces gracias a ese acuerdo pudimos hacer las acciones de promoción de la salud. Además, en las temporadas de enfrentamientos, con la policía o entre ellos, teníamos la tranquilidad de saber que aunque esos días no pudiéramos entrar a la zona, el usuario igual iba a tener su kit para cuidarse.

“Lo que teníamos no nos servía para la realidad”

▣ *En la actualidad el Proyecto de Reducción de Daños es una pata importante del Programa Municipal de VIH/Sida e ITS de San Martín, pero en sus inicios, en el año 2000, fue una iniciativa de ustedes como trabajadoras del centro de salud. ¿Cuál fue el diagnóstico para empezar a trabajar con usuarios de drogas?*

▣ **CP.** El centro de salud estaba en un barrio donde el consumo y la venta de drogas eran más que evidentes, se veían en la calle. Sabíamos que alguna respuesta teníamos que dar, que no podía ser derivarlos a un centro de tratamiento, por-

CADA UNO
TENÍAMOS ALGÚN
PUNTITO QUE
REACOMODAR, UN
PREJUICIO QUE
RECONOCER Y AL
QUE DARLE LA
VUELTA.

que el perfil no era de quien quiere dejar de consumir. Eran usuarios adultos, y los que vendían eran familias completas, en un barrio donde la principal fuente de ingresos era la venta de drogas.

▲ **ME.** Yo tenía contacto con algunos usuarios que me derivaban al centro de salud por causas legales, quienes se veían obligados a hacer un tratamiento para no ir a prisión⁶. Entonces tenía muy claros los límites de esa intervención porque en 1996 había hecho contacto con el Centro Provincial de Atención (CPA)⁷. Además, intentamos organizar un grupo de Alcohólicos Anónimos, que no funcionó, porque venían los familiares, pero no los usuarios. Sabía que algo teníamos que hacer, pero no sabía qué.

▲ **CP.** Lo que estaba institucionalizado no nos servía para la realidad. El usuario no respondía a la oferta que había.

▼ *¿Qué hicieron?*

▲ **CP.** Nosotras integrábamos el equipo de VIH/sida del centro de salud, por lo cual nos convocaban en forma periódica a jornadas de capacitación. En el año 2000 uno de los temas fue reducción de daños en el uso de drogas. Ahí nos empezó a dar vueltas la idea...

▲ **ME.** En ese curso, que dio *Intercambios Asociación Civil*, nos enteramos de que existían algunas herramientas para trabajar con tanta complejidad. Hicimos dos campañas de sensibilización muy breves que nos permitieron un primer acercamiento con los usuarios: les entregamos folletería sobre cómo prevenir el VIH y cómo disminuir los riesgos asociados al consumo.

▼ *¿Cómo empezaron con el dispositivo?*

▲ **CP.** Ya en 2002, en otra de las capacitaciones, participaron las promotoras comunitarias que estaban en el centro de salud en esa época. Se ocupaban de VIH y de muchos otros temas. Al final del curso había que presentar un proyecto de trabajo y ellas propusieron prevención de VIH/sida con usuarios de drogas. Fueron a hablar con los usuarios y los invitaron a hacer cuatro talleres, después de las cinco de la tarde. Les propusimos hacerlos en el lugar donde ellos paraban, pero nos contestaron: “Sí, los queremos hacer, pero en el centro de salud, porque no lo conocemos, nunca entramos”. A partir de este pequeño proyecto empezamos a construir un vínculo de confianza.

De los comienzos a la institucionalización

▼ *¿Cómo pasaron de ahí a trabajar con operadores especializados en reducción de daños en todo el municipio?*

▲ **CP.** En 2003 llega la oportunidad de presentar proyectos para ser financiados por el entonces llamado Fondo Global de Lucha contra la Tuberculosis, el Sida y la Malaria⁸. El antecedente que teníamos nos permitió armar una propuesta interinstitucional junto con el Municipio de San Fernando e *Intercambios*.

▲ **ME.** Al ser una convocatoria del Fondo Mundial, la nuestra dejó de ser la pequeña propuesta de un centro de salud de San Martín; cobró otra dimensión y otra formalidad.

▼ *¿Qué les permitió este cambio?*

▲ **ME.** Formalizamos un primer equipo, con Claudia y yo como técnicas, y cuatro operadores: Patricia, Alfredo, Jorge y Gladis, todos con buena inserción entre sus pares. Empezamos a vincularnos con distintos grupos y logramos llegar a más de trescientos usuarios de drogas, unos ciento veinte de ellos de inyectables. Pero recorríamos catorce barrios sólo nosotros. Era imposible no registrar que éramos muy pocos y que necesitábamos que se conformen otros

ENTENDIMOS QUE LO MEJOR QUE PODÍA PASAR ERA QUE ESA CHICA DE 14 AÑOS CONTINUARA EN CONTACTO, QUE SE GENERARA UN VÍNCULO, PARA TRABAJAR CON ELLA SOBRE SU CONSUMO Y SOBRE LO QUE LE ESTUVIERA PASANDO EN SU VIDA.

equipos, porque era constante la salida al terreno, cada vez más amplia la llegada y el contacto con los usuarios.

▼ *¿El municipio financió alguna de estas acciones?*

▲ **CP.** Cuando estaba por terminar ese primer proyecto del Fondo Mundial, Adriana Basombrío, quien en ese momento era la coordinadora del Programa Municipal de VIH/Sida, presentó a la Secretaría de Salud un informe en el que fundamentaba la necesidad de que el municipio respondiera por lo menos con los recursos básicos. Y logró que se incluyeran en el presupuesto municipal preservativos, el kit completo de reducción de daños, y los honorarios para dos operadores comunitarios, quienes repartían la plata entre los cuatro.

▲ **PP.** Algo muy bueno que pasó en ese momento es que los mismos usuarios se ofrecieron a juntar firmas, con su nombre y apellido. Para nosotras fue una sorpresa, tanto buscarles apodos para cuidar su confidencialidad en todos los registros y ahora decían “amiga está todo más que bien, vos armá una planillita para reclamar que esto siga y yo te firmo todo, yo no tengo problema. Si querés vamos y nos encadenamos en la puerta...”.

▲ **CP.** Otra cosa muy positiva fue que a partir de 2004 nosotros dimos la parte de reducción de daños en el curso de capacitación en VIH/sida que se dicta todos los años desde el Programa Municipal. Pudimos mostrar al resto de los trabajadores de la salud de San Martín qué era lo que estábamos haciendo y un montón de gente empezó a interesarse en trabajarlo desde su centro de salud.

El gran salto: 7 equipos, 36 operadores, llegada a 1.400 usuarios

Junto con el apoyo del municipio, las oportunidades de financiamiento externo fueron muy bien aprovechadas por este dispositivo. Así, el año 2006 fue de crecimiento y de ampliación del trabajo en los territorios. Los espacios de capacitación, que combinaban teoría y práctica, resultaron especialmente útiles para formar nuevos equipos y transferir la experiencia. “Había todo un bagaje que podíamos transmitir. Estaban los operadores que entrenaban a operadores. Los llevaban al terreno, les enseñaban cómo trabajar en las recorridas. Nosotras dábamos una parte teórica, pero esto se enriquecía con la experiencia acumulada de los obstáculos y de los facilitadores que habíamos tenido en nuestro trabajo”, explica Petracca.

▼ *¿Cómo lograron este crecimiento?*

▲ **ME.** Presentamos un nuevo proyecto al Fondo Mundial y tuvimos la posibilidad de conformar seis nuevos equipos de trabajo en barrios que eran estratégicos, porque están distribuidos de tal forma que podíamos abarcar casi todo el municipio. Con esta conformación llegamos a tener treinta y seis operadores en terreno, y a más de mil cien usuarios bajo Programa, además de 315 UDIs.

▼ *¿Cómo armaron estos nuevos equipos?*

▲ **PP.** Lo que a mí me gustaba de estos equipos era que muchos de los operadores nuevos no vivían con VIH... ni eran consumidores de sustancias. Eran personas que querían trabajar con los usuarios y no tenían ningún prejuicio. Eso era lo más piola, lo que se buscaba realmente.

▲ **ME.** En la primera etapa fue clave que los operadores comunitarios tuvieran una historia de consumo, porque ellos fueron abriendo el terreno, ampliando la llegada a más usuarios a partir de sus propios contactos, con un conocimiento que sólo da la experiencia. Una vez logrado esto, fue posible ampliar el perfil.

ALGUNOS DECÍAN:
“CÓMO ÉSTA, SIENDO DEL
BARRIO Y CONSUMIENDO
COMO YO SÉ QUE HA
CONSUMIDO, ME VA A
VENIR A TRAER A MÍ
UNA JERINGA Y ME VA A
QUERER CUIDAR”.

La situación actual: desde el nivel central y en los territorios aunar estrategias entre profesionales y operadores

En estos doce años, el *Proyecto de Reducción de Daños* se instaló como tal en los centros de atención primaria de salud del municipio. Claudia Petracca describe la dinámica como un interjuego entre los dos niveles: “Los centros de salud son quienes tienen que responder a su comunidad, tienen el contacto directo con los usuarios y conocen la realidad. Desde el nivel de gestión central lo que hacemos es monitorear las actividades, evaluar cómo está marchando el Programa, e incidir en otros niveles de discusión”, explica.

▼ *¿Cómo es el trabajo desde el nivel central con los territorios?*

▲ **CP.** En el Programa tenemos reuniones trimestrales con todos los equipos de atención primaria. Porque si bien en cuatro centros de salud hay referentes que implementan reducción de daños, también esos equipos hacen actividades de prevención de VIH/sida en su comunidad, independientemente del usuario de drogas. El proyecto está instalado dentro del partido y hay una respuesta de las instituciones con las que necesitamos referenciarlos.

▼ *¿Se logró mejorar el acceso a la salud?*

▲ **CP.** Fue un trabajo de hormiga. Costó y mucho. En la actualidad, en casi todo el sistema de salud de San Martín el usuario de drogas ingresa –la mayoría de las veces acompañado por los operadores– y se lo atiende, lo mismo que en los hospitales. En los comienzos tuvimos grandes conflictos con uno de los hospitales, porque no atendían a quienes vivían con el virus; tenían el prejuicio de que, por usar drogas, estos usuarios no estaban en condiciones de asumir el tratamiento antirretroviral. Esto fue cambiando, gracias a un intenso trabajo de sensibilización que se hizo junto a las organizaciones de personas que viven con VIH.

▼ *¿Cómo es la coordinación de acciones con otras instituciones y programas públicos?*

▲ **CP.** Tenemos un abogado dentro del Programa y cualquier situación de vulneración de derechos se maneja directamente con él. Logramos buena llegada al Poder Judicial y el año pasado hicimos una capacitación con el Patronato de Liberados, porque muchas personas que salen en libertad son usuarios de drogas. También intentamos articular con la policía. Hicimos talleres de sensibilización en las comisarías y enviamos algunas circulares en las que les planteamos la existencia de este proyecto y les pedimos que por favor no obstaculicen el trabajo de los operadores comunitarios, ya que si bien todos tienen credencial, hubo problemas en algún momento.

▼ *Desde el Programa no se brindan tratamientos. ¿Cómo se manejan si les llega esa demanda?*

▲ **ME.** Tenemos una cartilla consensuada con los profesionales de salud mental de los centros de salud. Ante el planteo de un usuario de drogas de que quiere hacer un tratamiento, que puede ser de abstinencia o por cualquier otra cosa que le está pasando en ese momento de su vida, lo referenciamos con alguno de ellos.

▲ **CP.** Como el CPA tiene bastantes problemas para dar respuesta inmediata armamos nuestra propia cartilla. Partimos de la base de que el psicólogo no necesita estar preparado en la temática de adicciones para atender a esa persona, porque el eje no es la sustancia.

BUSCAMOS
PROMOTORES ENTRE
LOS USUARIOS
DE DROGAS
PORQUE MANEJAN
INFORMACIÓN Y
CÓDIGOS CON SUS
PARES QUE LOS DEMÁS
NO TENEMOS.

Un horizonte: despegar la reducción de daños del VIH/sida

▼ *¿Cuál es la situación actual del Proyecto de Reducción de Daños? ¿Qué ba-*

EL GRAN DESAFÍO
ES DESPEGAR A LA
REDUCCIÓN DE DAÑOS
DEL VIH, PORQUE LOS
PROBLEMAS ASOCIADOS
A LAS DROGAS
TRANSCIENDEN, TIENEN
OTRA DIMENSIÓN Y OTRA
COMPLEJIDAD.

lance hacen de esta historia?

▀ **ME.** Hay que reconocer que el financiamiento ayuda en la conformación de equipos, porque es lógico que quien trabaja reciba dignamente un dinero. En los momentos en que no hay financiación, los equipos van perdiendo consistencia. Además, desde los comienzos ya fallecieron seis operadores, y eso emocionalmente es muy duro para todo el equipo.

▀ **CP.** Actualmente tenemos vinculados al Programa unos setecientos usuarios de drogas de diversas sustancias y ciento dos UDIs, menos de la mitad que hace unos años, ya que se redujo el consumo inyectable. La disminución de UDIs tiene que ver con el impacto del trabajo: un gran número modificó su modalidad de consumo. En cambio, la reducción del alcance global está relacionada con este achicamiento de los equipos de trabajo que comenta Mirta y, por lo tanto, con nuestra posibilidad de contactar usuarios. Una forma de ser sustentables y que a nosotros nos resultó es que los centros de salud sean la base operativa de las acciones de reducción de daños, porque son la pata estatal en la comunidad desde lo sanitario.

▀ *¿Cuáles creen que son los obstáculos y desafíos para la atención de los usuarios de drogas a nivel general?*

▀ **CP.** Un obstáculo de gravedad es que no se implementa una política pública real a nivel nacional desde los lineamientos de la reducción de daños. Nos vuelve débiles ser una isleta dentro del país. Y el gran desafío es despegar a la reducción de daños de los programas de VIH/sida, porque los problemas asociados a las drogas trascienden y tienen otra dimensión y otra complejidad. Ojalá algún día nuestro *Proyecto* deje de ser una pata adentro del VIH y se implemente, por ejemplo, en el marco de las políticas de la salud mental.

PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

☒ Las entrevistadas señalan al menos tres cuestiones que generan controversias: la provisión de kits de inyección segura, su entrega a menores de edad y la inclusión del transa en la estrategia. ¿Qué emociones íntimas, personales, se le movilizan ante estas propuestas?

☒ ¿Cuáles son las potencialidades y limitaciones de incorporar como operadores comunitarios a usuarios de drogas?

☒ ¿Qué oportunidades, debilidades y desafíos generó el financiamiento externo para el crecimiento de este dispositivo? En el caso de su propia intervención, ¿cómo podría ser esto?

☒ De la experiencia que aquí se relata, ¿qué elementos le parecen posibles de ser recuperados para su propia intervención? ¿Por qué? ¿Cómo los utilizaría?

CONSULTÓRIO DE RUA, EN SALVADOR DE BAHÍA, BRASIL

“SI EL USUARIO NO VA AL DISPOSITIVO, EL DISPOSITIVO VA HASTA EL USUARIO”

SABEMOS QUE PARA CUALQUIER USUARIO DE DROGAS ACUDIR A UN HOSPITAL O CENTRO DE SALUD ES DIFÍCIL; IMAGINEMOS CUANTO MÁS PROBLEMÁTICO ES SI, ADEMÁS, VIVE EN SITUACIÓN DE CALLE. CREADO PARA ATENDER A ESTE SEGMENTO ESPECIALMENTE VULNERABLE, EL *CONSULTÓRIO DE RUA* (CONSULTORIO DE CALLE) BUSCA NO SÓLO DAR CONTENCIÓN Y REDUCIR LOS DAÑOS A LA SALUD ASOCIADOS AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS, SINO QUE ADEMÁS PROBLEMATIZA LA ESTIGMATIZACIÓN Y MARGINALIDAD DE LA QUE SON OBJETO LOS USUARIOS, Y PROMUEVE SU RECONOCIMIENTO COMO SUJETOS DE DERECHOS.

¿Qué hacer con los usuarios de drogas que, por diversos motivos, no llegan a los servicios de salud? Ir hasta ellos. O, por lo menos, acercarse y crear una oportunidad de contacto. Esta es la propuesta del *Consultório de Rua*, que funciona en la ciudad de Salvador de Bahía, en Brasil. La experiencia fue ideada por Antônio Nery Alves Filho, profesor de la Universidad Federal de Bahía y fundador del Centro de Estudios y Terapia de Drogas (Cetad), vinculado a la misma universidad. En la década de 1980, mientras realizaba estudios en Francia, hizo una visita a la organización Médicos del Mundo y escuchó sobre una iniciativa que estaban llevando adelante: recorrían París en una camioneta para ir al encuentro de los “invisibles” de la Ciudad Luz –trabajadoras sexuales, travestis,

CLAVES DEL DISPOSITIVO

- MAPEO DE LA COMUNIDAD.
- PUNTOS DE ACTUACIÓN.
- ESPERAR EL PERMISO DEL USUARIO.
- ADAPTACIÓN A LA DINÁMICA DE LA CALLE.
- LA CALLE COMO CONSULTORIO.
- RED DE SERVICIOS.
- FORMACIÓN CONTINUA.
- EVALUACIÓN Y CONTENCIÓN DEL EQUIPO.

consultorioderuacetadbahia@gmail.com

ENTREVISTADA

ANDRÉA LEITE, trabajadora social.

EQUIPO

SUPERVISOR. Tiene a su cargo la gestión operativa y administrativa. Acompaña el crecimiento del equipo, lo orienta técnicamente, coordina la discusión de casos, sugiere lecturas y la producción de textos.

COORDINADOR. Es un profesional con formación superior en salud o ciencias sociales. También realiza articulaciones

con la red, evalúa las actividades, etc.

MÉDICO CLÍNICO O ENFERMERO.

Evalúa la salud del usuario y lo deriva al centro, de ser necesario. Trabaja en la prevención de enfermedades.

PSICÓLOGO. Se concentra en el aspecto subjetivo relacionado al uso y abuso de sustancias psicoactivas. Hace una escucha activa y calificada.

TRABAJADOR SOCIAL. Junto al usuario, busca deconstruir estereotipos y prejuicios

para que pueda reconocerse sujeto de derechos. Fortalece la articulación con la red.

AGENTE DE CALLE (TALLERISTA, REDUCTOR DE DAÑOS, EDUCADOR SOCIAL). Profesional de las más diversas áreas con inserción comunitaria, además de alguna habilidad específica para desarrollar talleres que ayuden a generar vínculos con los usuarios.

CHOFER. Conoce la comunidad en que se da el trabajo y está sensibilizado en la perspectiva de reducción de daños.

POR SUPUESTO QUE NO HAY AUTORIZACIÓN FORMAL, DOCUMENTADA, PERO SÍ EXISTE UNA AUTORIZACIÓN CUANDO LA PERSONA EMPIEZA A DECIR: “¿QUÉ DÍAS VIENEN USTEDES?”, “¿DÓNDE ESTÁN?”, “¿QUÉ DÍAS EMPIEZAN?”.

gays, usuarios de drogas–, y ofrecerles atención y tratamiento médico. La propuesta se implementaba en un contexto que requería respuestas innovadoras y urgentes: el surgimiento de la epidemia del VIH/sida. Esta idea ya nunca se fue de la cabeza de Nery y de vuelta en Brasil, con el apoyo del Cetad, decidió implementar la misma estrategia en la ciudad de Salvador, capital de la provincia de Bahía; esta región está ubicada en el noreste brasileño y es una de las más pobres del país. La base del proyecto era ofrecer atención a los usuarios de drogas, sobre todo a niños y adolescentes, a través de un dispositivo que no fuera asistencialista ni religioso, y que no reforzara la estigmatización.

El desafío era desarrollar una propuesta en la que se reconociera a los usuarios de drogas como ciudadanos y sujetos de derechos. “No desistimos. Todos los lunes estamos en el barrio, quieran hablar con nosotros o no. Lo que importa es que durante el encuentro podamos mirar a las personas en situación de calle como sujetos, y que ellos puedan reconocerse como ciudadanos desde nosotros”, explica la trabajadora social Andrea Leite, una de las profesionales que integraban el equipo del *Consultório de Rua* en diciembre de 2012, momento de la entrevista. Su primera experiencia con usuarios de drogas fue en una de las unidades del Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y otras Drogas (CAPS-AD), institución pública vinculada a la Secretaría de Salud de la provincia de Bahía que trabaja dentro de la perspectiva de reducción de daños. En 2005 se sumó al equipo del *Consultório*, atraída por el carácter innovador de la experiencia que en la actualidad es considerada modelo en América Latina.

▀ ¿Cómo fueron los comienzos del Consultório de Rua en Salvador?

▀ El profesor Nery, cuando volvió de su doctorado en 1989, empezó a percibir que los niños y adolescentes, sobre todo los que vivían en la calle, no iban al Cetad, que ya era un local reconocido en la ciudad para el tratamiento de los usuarios de drogas; y que, cuando lo hacían, no mantenían una regularidad. Eso despertó su curiosidad. Junto a un equipo de investigación comenzó a observar a un grupo de niños que frecuentaba la plaza de la Piedade, en el centro de la ciudad. Analizaron cómo circulaban, cómo vivían, qué drogas utilizaban; en fin, quiénes eran, qué hacían en aquella plaza y cuál era la mejor forma de acercarles una propuesta de atención. Eso dio origen al proyecto Banco de Rua, que entre 1989 y 1991 reunió información sobre estos niños que no tenían acceso al sistema de salud. Y en 1995 nace *Consultório de Rua*, para llevar el servicio hasta ellos, sin pretensión de sacarlos de la calle o de hacer que dejen las drogas.

Puntos de actuación: sólo con permiso del usuario

El dispositivo se sostuvo a través de convenios con el poder público provincial y municipal hasta 2004, cuando debieron paralizar las acciones por falta de recursos. Pudieron retomarlas cinco años después, con el apoyo de la Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) del Ministerio de Justicia del Brasil, que financió la conformación de los nuevos equipos y su capacitación para la reimplementación del dispositivo, y de la intendencia de Salvador, que cubre los salarios de los trabajadores. Un equipo técnico tiene a su cargo llevar adelante el proyecto. La primera tarea es estudiar las zonas de la ciudad donde se concen-

FACILITADORES

☒ PROFESIONALES VINCULADOS A EXPERIENCIAS ANTERIORES DE TRATAMIENTO DE USUARIOS DENTRO DE UNA PERSPECTIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS.

LINEA DE TIEMPO

☒	☒	☒
DÉCADA DE 1980	1989 A 1991	1994
EL PROFESOR NERY VISITA LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN MÓVIL DE MÉDICOS DEL MUNDO.	CON EL PROYECTO BANCO DE RUA SE ESTUDIA EL PERFIL DE NIÑOS EN SITUACIÓN DE CALLE.	PRIMER EQUIPO DEL CONSULTÓRIO DE RUA.

tran personas en situación de calle que usan regularmente drogas. Eligen lo que llaman un “punto de actuación” y hacen un reconocimiento y mapeo del lugar, tarea que por lo general lleva de dos semanas a tres meses, o más tiempo en algunas ocasiones, dependiendo de la dinámica del lugar. Una vez “aceptados” por la comunidad, empiezan el trabajo. Se trasladan en una camioneta, esos autos tipo furgón, donde llevan los materiales para las acciones de aproximación, escucha, atención o derivación a otros servicios de salud o acción social.

▼ *Cuando llegan a un barrio, ¿cómo es “la apertura de área”?*

▲ Antes de tener localizaciones fijas para trabajar circulamos por la ciudad en horarios y días diferentes. Por ejemplo, en el centro histórico de Salvador, el martes no es conveniente hacer actividades como la nuestra porque es un día festivo, de bendición; entonces, nuestro público va a estar en la fiesta. Es inútil ir ese día o los miércoles a la mañana. Estas recorridas sirven para saber quiénes frecuentan el espacio y a qué horas, si es posible trabajar con las personas en situación de calle, y consultarles si quieren que trabajemos con ellos. Sin ir más lejos, a este lugar, donde estamos hablando, vinimos durante dos semanas a distintas horas del día para ver cómo funcionaba.

▼ *¿Cómo hacen los primeros abordajes?*

▲ Generalmente vamos dos personas y paramos el auto. “¿Quiénes son estos extraños?”, “¿quiénes son ustedes?”, nos preguntan. Entonces explicamos en qué consiste el proyecto. La gente escucha y vemos... si hay autorización o no. Por supuesto que no hay autorización formal, documentada, pero entendemos que sí existe cuando la persona empieza a decir: “¿Qué días vienen ustedes?”, “¿dónde están?”, “¿qué días empiezan?”. Después que recibimos esa autorización vamos al lugar y nos quedamos el horario que elegimos para atender.

▼ *Una herramienta característica es el vehículo que utilizan. ¿Cómo funciona esto?*

▲ Usamos una camioneta, esos autos tipo furgón. Nunca una combi, porque históricamente en Salvador ese tipo de vehículo lo utiliza el poder público para sacar a la gente de la calle, sobre todo a los niños y adolescentes, que es la población con la cual más trabajamos. Muchas veces se los arrancan a sus madres y los llevan a orfanatos, casas de abrigo o para menores. Y quienes lo hacen son agentes estatales que se trasladan en combis, por eso usamos un furgón todo pintado, colorido. Da otra imagen y a la vez es nuestra identidad. Allí llevamos instrumentos musicales, planillas para registrar la evolución de cada caso y formularios para hacer derivaciones a algún centro de salud, entre otras cosas.

▼ *¿Cuántos puntos de actuación hay actualmente en Salvador? ¿Hay otras ciudades que lleven adelante la misma experiencia en Brasil?*

▲ Hoy tenemos cuatro puntos, uno funciona por la mañana y los otros a la noche. Sabemos que hay experiencias semejantes en Recife y Alagoas, que se inspiraron en el *Consultório*, pero no son exactamente iguales. En Salvador, a través del financiamiento de la Senad, pudimos implementar el *Consultório de Rua* tal cual lo había pensado el profesor Nery en Lauro de Freitas y Camaçari, dos ciudades de su región metropolitana.

OBSTÁCULOS

- ☒ DIFICULTAD PARA OBTENER RECURSOS FINANCIEROS.
- ☒ PRECARIEDAD E INSUFICIENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD Y EDUCACIÓN, LO QUE DIFICULTA EL TRABAJO EN RED.
- ☒ FALTA DE PROFESIONALES CAPACITADOS EN LOS SERVICIOS DE LA RED PÚBLICA DE SALUD.
- ☒ MIRADAS ESTIGMATIZADORAS Y PREJUICIOSAS HACIA LOS USUARIOS DE DROGAS.
- ☒ ESTRATEGIAS INSUFICIENTES DE DISMINUCIÓN DE LA POBREZA Y DESIGUALDAD SOCIAL POR PARTE DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.
- ☒ DIFICULTADES PARA LA INSERCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA EN EL MERCADO DE TRABAJO.



2004

INTERRUPCIÓN DEL PROYECTO
POR FALTA DE RECURSOS.



2009

REINICIO DEL PROYECTO CON
FONDOS DE LA SENAD.



2010-2012

SE LLEVAN ADELANTE 4 PUNTOS DE ACTUACIÓN EN
SALVADOR Y SE IMPLEMENTAN DISPOSITIVOS SIMILARES
EN LAS CIUDADES LAURO DE FREITAS Y CAMAÇARI.

FORTALEZAS Y LOGROS

- CONFIANZA DE LOS USUARIOS**
 OBTENIDA POR EL RESPETO AL ESPACIO Y A LOS LÍMITES QUE TIENE EL EQUIPO, AL BUSCAR UNA "AUTORIZACIÓN" PARA INICIAR LAS INTERVENCIONES.

- EQUIPO TÉCNICO CON PROFESIONALES DE DISTINTAS ÁREAS: ENFERMEROS, MÉDICOS, TRABAJADORES SOCIALES, TALLERISTAS, REDUCTOR DE DAÑOS, ETCÉTERA, QUE TRABAJAN EN FORMA CONJUNTA Y EN COOPERACIÓN.**

- ABORDAJE NO ASISTENCIALISTA O QUE REFUERCE LA MARGINALIDAD, SINO QUE UBICA A LOS USUARIOS EN SITUACIÓN DE CALLE EN SU ROL DE SUJETOS Y CIUDADANOS.**

- PROYECTOS CON SALIDA LABORAL PARA LOS USUARIOS.**

La relación con el microtráfico

- Una vez que se define un punto, ¿el equipo va siempre a ese mismo lugar o varía?**
- Siempre al mismo lugar. La primera vez vamos todos, explico quienes somos y les presento a la psicóloga, la enfermera, la asistente social, el reductor de daños, es decir, a todo el equipo. Una vez que logramos "la autorización" de los usuarios podemos volver. Porque estamos más seguros. Ya saben quiénes somos, que no somos la policía; saben que no estamos yendo a hacerles mal, algo que padecen muy seguido las personas en situación de calle. Nos conocen como aquellos que quieren cuidarles la salud. Incluso el traficante de la zona empieza a mandar usuarios para que los atendamos. Se destierra la desconfianza.

- ¿Cómo es esa relación con los vendedores de drogas?**
- En ese trabajo previo de mapeo que hacemos es muy importante identificar quiénes son los microtraficantes, los liderazgos que hay entre ellos, saber exactamente también quiénes son sus usuarios, quienes viven de hecho en la calle pero no son usuarios, o al revés, quienes practican pequeños hurtos, quienes usan drogas más fuertes... Con el tiempo vas conociendo a cada uno. Pero es esencial tener contacto con el vendedor desde el principio, para que sepa que nuestro trabajo no es represivo, sino que queremos cuidar de la salud de la gente que se nos acerca. A veces te facilita el trabajo y otras te lo dificulta.

- ¿Tuvieron situaciones en que les impidieron trabajar?**
- Hubo un caso en que nos dijeron claramente: "Váyense de acá, no los queremos, sabemos que prestan un servicio de salud, pero no queremos a nadie acá". Respetamos y nos fuimos. Pero eso sólo fue posible porque fuimos conociendo, visitando... no se puede llegar de un día para el otro. Hay áreas en las que tardamos tres o cuatro meses en abrir un punto de actuación. Otras, es posible abrirlas en un mes.

La intervención: agua blanda en piedra dura

- ¿Y cómo es la atención? ¿Cómo se desarrolla el trabajo?**
- Entre las mismas personas en situación de calle, un usuario le cuenta al otro sobre el dispositivo y así, con el boca a boca, se van acercando. Hacemos una escucha individual, como si estuvieras en un consultorio, pero en realidad estás sentada en el piso, apoyada en un árbol, alejada un poco del grupo si es necesario... Después hay talleres de música, danza o ciudadanía, entre otros.

- ¿Cuál es la función de hacer estos talleres en la calle, en el punto de actuación?**
- Acá en Salvador utilizamos mucha música, es algo que siempre convoca. Y entonces uno te dice: "Yo tocaba el *berimbau*, era parte de un grupo de *capoeira* y entonces me echaron del trabajo, me deprimí, empecé a fumar y ahora vivo en la calle". A partir de eso, una puede empezar a trabajar largamente con esa persona. O se puede escuchar: "Estaba jugando a la pelota y tuve una dificultad", hablando de un problema motriz. Enseguida preguntas: "¿y siempre fue así?". "No, yo sabía hacer eso y aquello". "¿Y cuándo cambió?". "Después que empecé a tomar alcohol, comencé a tener problemas, si no tomo empiezo a temblar". Entonces, a partir de ahí, una puede discutir otras cosas.

- Es una intervención desde lo lúdico.**
- Desde lo lúdico se logra una apertura en la comunicación y aparecen muchas cosas, tanto la cuestión familiar como social o económica, sus angustias; y vamos trabajando esos elementos, siempre y cuando la persona lo permita. No puede ser una invasión y quien imprime el ritmo del proceso es el usuario.

TODAVÍA HAY MUCHO ESTIGMA ALREDEDOR DEL USUARIO DE DROGAS Y MUCHOS PROFESIONALES LES TIENEN MIEDO. CUANDO PIENSAN EN UN ADICTO LO ASOCIAN CON VIOLENCIA Y MUCHAS VECES CON EL CRACK.

▼ *El dispositivo surgió para acercar la atención de la salud a usuarios de drogas que no llegaban al Cetad. ¿Se logró esto?*

▲ Muchas personas no van a una casa de recuperación porque tienen miedo, desconocen, piensan que para estar en un centro de tratamiento tienen que dejar de usar drogas y no se sienten capaces de parar; no se sienten preparados para lidiar con algunas reglas. No van por eso y por otros motivos que ni podemos imaginar... Por eso es necesario estar en la calle. Nosotros les proponemos que vayan a los servicios de salud. Unos van enseguida, algunos tardan seis meses, otros no van y no irán nunca. “Andrea, ¿te acuerdas del papel que me diste una vez? Yo no fui, ¿pero puedo ir ahora?”. “Por supuesto, te doy de nuevo”, le contesto.

▼ *¿Cómo es la recepción de esta estrategia de intervención por parte de las personas en situación de calle?*

▲ Nos dicen que les gusta nuestro trabajo porque somos como el agua. Acá hay un refrán muy popular que dice “agua blanda en piedra dura, tanto golpea que la agujerea”. El sentido es que no desistimos de ellos. Todos los lunes estamos en el barrio, quieran hablar con nosotros o no. A veces no hablan, pero nos quedamos charlando entre nosotros. Siempre escuchamos lo que pasó, no dejamos de estar con una persona porque fumó más o menos, porque se peleó con la familia o porque dijo que iba al centro de salud y no fue. No es lo más importante. Lo que nos importa es que en ese momento miramos a cada uno como sujeto y que esa persona pueda reconocerse como ciudadana a partir de esta propuesta.

▼ *Cuando se trabaja en un consultorio hay un horario. ¿Cómo es en la calle? ¿Cómo deciden el tiempo que el equipo se queda en el punto?*

▲ Trabajamos un promedio de 4 a 6 horas, pero lo que nos va a indicar si nos vamos a quedar media hora o siete es la dinámica de la calle. En verano, por ejemplo, no estamos demasiado tiempo porque están con otras ocupaciones, es una época de muchas changas que los ayudan económicamente. Puede ser pintar una casa, o limpiar. Esto hace que estén más dispersos. También hay fiestas, la ciudad empieza a llenarse de turistas y eso también dispersa. Todo esto evaluamos. Después hay otros factores. Si el día anterior apareció la policía y se llevó a alguien preso, eso interfiere en nuestro trabajo. También si el amigo de alguno fue asesinado. Así que evaluamos en el momento cuánto tiempo nos quedamos. Sabemos el horario de llegada, pero no el de salida.

La dinámica de trabajo y el equipo

Un aspecto clave para el buen funcionamiento del *Consultório de Rua* es sostener un equipo sólido, preparado para las particularidades del dispositivo que proponen y de la población con la que trabajan. Apuestan a una formación continua, que incluye la comprensión del trabajo del otro, la evaluación de los procesos y la creación de espacios para compartir angustias, dificultades y logros.

▼ *Acostumbrada a atender en instituciones, ¿cómo fue ir a la calle?*

▲ Pude aprender que, si estás en una institución, el tratamiento se da de una forma, con un tipo de escucha y abordaje. Si estás en la calle, es necesario otro tipo de atención, una escucha diferenciada, un respeto más grande. A la institución va el que quiere. Y aunque la calle es pública, es considerada privada por las personas mientras la están ocupando. No puedo entrar de cualquier manera, tengo que respetar su espacio. Así que tuve que adaptarme a esa nueva forma de abordar a la gente, y permitir también ser abordada, una nueva forma de interactuar con las personas que viven en la calle.

DESDE LO LÚDICO SE
LOGRA UNA APERTURA
EN LA COMUNICACIÓN Y
APARECEN MUCHAS COSAS,
TANTO LA CUESTIÓN
FAMILIAR COMO SOCIAL
O ECONÓMICA, SUS
ANGUSTIAS; Y VAMOS
TRABAJANDO ESOS
ELEMENTOS, SIEMPRE Y
CUANDO LA PERSONA LO
PERMITA.

▼ *¿Cómo es la relación del equipo técnico?*

▲ El equipo debe estar fortalecido. El conocimiento técnico es indispensable, tanto como que el grupo de trabajo se conozca bien. Hablamos mucho de cruzar la mirada, de reconocerse a partir de la mirada del otro. Todos vamos a la calle y necesitamos conocer lo que hace el otro: psicólogo, psiquiatra, trabajador social, enfermero, reductor de daños, talleristas, estudiantes, pasantes y el conductor de la camioneta.

▼ *¿Cómo es el momento de evaluación y contención como equipo de trabajo?*

▲ Una vez a la semana, después de la calle, nos quedamos en reunión. Allí discutimos los casos que atendimos, sus dificultades, miedos, angustias, si determinado usuario avanzó o no. También se discute sobre el campo, ya que a veces los usuarios migran de área y eso te obliga a migrar también. Y hay un momento de contención entre nosotros que es fundamental, porque escuchamos muchos relatos de violencia en la calle. Muchas veces queremos ayudar y no sabemos cómo, eso genera impotencia y angustia. Discutimos también la situación con la red de servicios que utilizamos y a dónde encaminar a los usuarios.

La red de servicios

▼ *¿Cómo se vincula el Consultório con esa red de servicios?*

▲ Nuestro trabajo sólo es posible si está inserto dentro de una red de servicios más grande. Antes de abrir un punto de actuación, además de mapear la comunidad identificamos los servicios disponibles en la región, desde escuelas y centros de salud hasta centros de asistencia social y ONG. Vamos a estos servicios para conversar, explicar qué es el *Consultório de Rua*, cuál es nuestro trabajo. Buscamos sensibilizarlos sobre el enorme esfuerzo que significa para una persona en situación de calle llegar a un servicio y que, por eso, esa persona no puede ser simplemente atendida, sino que también tiene que ser contenida, ya que así se rompe el miedo y empieza a pensar de otra forma: “Me orientaron, nadie me forzó a venir, vine porque quise y fui atendido”, tiene que poder decir. Eso lo ayuda a verse como ciudadano con derechos.

▼ *¿Cuál es la recepción de los servicios a este planteo?*

▲ Todavía hay mucho estigma alrededor del usuario de drogas y muchos profesionales les tienen miedo. Cuando piensan en un adicto lo asocian con violencia y muchas veces con el crack. Y el peor problema en las calles no es el crack sino el alcohol. Entonces, hay que debatir, discutir, ayudar a formar a ese profesional que está en los servicios de la red. Además de que la red casi siempre es precaria e insuficiente; uno de los obstáculos que tenemos es que hay mucha desinformación, prejuicios y personal no capacitado.

▼ *Otro problema es el desempleo, característico de las personas en situación de calle. ¿Cómo se articula el trabajo del Consultório con la inserción laboral?*

▲ No es algo simple, tampoco rápido o fácil. La población que atendemos, además de habitar la calle, casi siempre son negros, pobres, con baja escolaridad, algunos pasaron por la cárcel, tienen poca o ninguna estructura familiar. Demasiados elementos que les juegan en contra. Entonces, no es simple. Y nosotros no tenemos una estructura gubernamental que permita la inserción de estas personas en el mercado de trabajo. Pero intentamos articularla. Por ejemplo, con la construcción del estadio de la Fonte Nova, para el Mundial de Fútbol de 2014, se hizo por medio del gobierno de Bahía una campaña con las empresas constructoras para que empleen cierto número de personas en situación de riesgo.

LA SOCIEDAD DEMANDA
RESULTADOS RÁPIDOS.
PERO EL SER HUMANO
NO SE CONSTRUYE
RÁPIDAMENTE. Y CON
EL USUARIO DE DROGAS
NO ES DISTINTO. LO
IMPORTANTE ES CREER
EN LA POSIBILIDAD DE
CAMBIO.

▼ *¿Cómo fue eso?*

▲ Había un cupo para estas personas y nosotros impulsamos a algunos usuarios del *Consultório* a que se presenten. Muchos fueron seleccionados y eso ayudó bastante para que pudieran salir de la calle, alquilar una habitación, parar de usar alcohol... Digo eso porque el alcohol es el gran problema de salud pública.

▼ *En Salvador las personas beben mucho...*

▲ Es una ciudad turística, la invocación al uso de drogas es muy fuerte. El alcohol, además, es muy seductor, las campañas publicitarias son todas estimulantes, muy bien hechas. Era todo un desafío insertar a una persona que viene de una historia de consumo problemático de alcohol o usuario de otra droga en la construcción, que exige movimientos precisos para que no se lastime, que no haya accidentes laborales. Entonces, buscamos trabajar con la persona antes de que empiece a buscar trabajo, para que disminuya su consumo a fin de que no sufra una crisis de abstinencia y logre permanecer en él un tiempo. Porque el gran problema es que empiece, se frustre y vuelva al consumo de manera más intensa. Todo eso charlamos: las expectativas, las ansiedades, las angustias...

▼ *Cuando le sugieren al usuario que realice una consulta médica, ¿lo acompañan?*

▲ Evaluamos el caso, pero generalmente no. Si tiene algún problema hacemos una indicación y él va solo. Si vemos que tuvo alguna dificultad, entonces lo acompañamos. Pero sólo si es necesario, queremos que pueda ir solo y que la institución lo atienda bien.

▼ *¿Tienen manera de hacer un seguimiento?*

▲ Cuando hacemos una derivación lo registramos y así sabemos, por ejemplo, que indicamos a Francisco que vaya a la unidad de salud en el barrio del Cruzeiro. A fin de mes evaluamos los casos y hacemos contacto con todos los servicios. Si nos damos cuenta de que hubo obstáculos en alguno de los lugares, nos presentamos allí de nuevo. También visitamos el lugar donde hicimos más derivaciones, preguntamos si las personas fueron atendidas, como van sus procesos de recuperación. Pero muchos no van, muchas veces hacemos las indicaciones y ellos no van.

La pobreza, la raíz del problema

Aunque en los últimos años Brasil ha logrado mejorar sus indicadores sociales y ha subido en los *rankings* internacionales que miden la pobreza y desigualdad, hay un largo camino por delante para garantizar una mayor distribución de la renta en el país, que hoy es la sexta economía del mundo. La mejoría de las condiciones de vida de los brasileños es clave para ofrecer a las personas en situación de calle una alternativa de vida. Andrea Leite cree que la educación y la creación de puestos de trabajo son aspectos cruciales.

▼ *Desde que empezó a trabajar con usuarios de drogas, ¿siente que algo cambió?*

▲ Veo que las políticas públicas están cambiando muy lentamente, a favor del usuario. Creo que hay esfuerzos para mejorar la atención. En Brasil hay ahora algunos programas sociales que están haciendo que disminuya el número de niños que viven en la calle, hoy vemos más jóvenes y adultos. Distinto del tiempo en que empecé, cuando había muchos niños, no teníamos cómo contener a tantos. Este cambio es resultado de los programas sociales, y eso es bueno. Pero los adultos no tienen posibilidad de reinsertarse en el mercado de trabajo.

A LA INSTITUCIÓN VA EL QUE QUIERE. Y AUNQUE LA CALLE ES PÚBLICA, ES CONSIDERADA PRIVADA POR LAS PERSONAS MIENTRAS LA ESTÁN OCUPANDO. NO PUEDO ENTRAR DE CUALQUIER MANERA, TENGO QUE RESPETAR SU ESPACIO.

SI VEMOS QUE TUVO
ALGUNA DIFICULTAD,
ENTONCES LO
ACOMPAÑAMOS. PERO
SÓLO SI ES NECESARIO,
QUEREMOS QUE PUEDA
IR SOLO Y QUE LA
INSTITUCIÓN LO
ATIENDA BIEN.

▼ *¿Cuál es, históricamente, el perfil de las personas en situación de calle?*

▲ No tuvieron la oportunidad de trabajar. Una les pregunta “¿qué hacía tu padre?” y responden “lavaba autos”, “era trapito”, “murió” o “fue asesinado”. Hay un número grande de personas que tienen una historia de no educación, no renta familiar, de exclusión total. ¿Cómo lograr que tengan otra vida ahora? Pero creo, espero, que a los niños que ahora están en la escuela y no en la calle, como resultado de los programas sociales, no los veremos en la calle en el futuro.

▼ *¿Existe una relación entre el tipo de sustancia que se consume y la situación de vida?*

▲ El usar alcohol y crack tiene que ver más con la situación de calle. Se usa por una cuestión de sobrevivencia, el crack es más barato, de fácil acceso. Y hay una cuestión de identidad también. Muchos me dicen: “Usé marihuana durante muchos años, pero cuando empecé a fumar crack, eso fue muy malo para mi vida”. El crack está muy asociado con la pobreza, miseria, exclusión, mientras que las otras drogas son periféricas. Para este sector, el uso de crack asociado al alcohol es devastador. Uno mira a la gente en la calle y son personas tan sufridas, tan sin perspectiva, sin sueños, sin brillo... Y cuando estoy en la calle, atendiendo, a veces pienso que lo único útil que puedo hacer es escuchar. Entonces viene uno y te dice: “Yo estaba triste, pensando en pelearme con fulano, pero gracias a la charla que tuvimos me controlé”.

▼ *Cuando siente esta sensación de impotencia, ¿qué le hace seguir apostando a los dispositivos de reducción de daños?*

▲ Yo creo en estas estrategias, las que desarrollamos en los CAPS-AD, en el *Consultório de Rua*, en el *ponto de encontro*, que son estructuras no rígidas, que trabajan de igual a igual, en las cuales los profesionales miramos a los ojos a las personas. Es muy distinto de la lógica que agarra a un bloque de gente y la mete en una granja, a otro bloque y la mete en una clínica, a otro en una cárcel. Hacer las cosas de manera diferente no es fácil, no es rápido, no es simple. El desafío es que la sociedad demanda resultados rápidos. Pero el ser humano no se construye rápidamente. Y con el usuario de drogas no es distinto. Lo importante es creer en la posibilidad de cambio, apostar al ser humano.

PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

☒ A partir de la lectura de la entrevista, ¿cuáles le parece que son los principales desafíos al desarrollar un dispositivo para usuarios de drogas en situación de calle?

☒ ¿Qué opinión le genera la aseveración de la entrevistada en relación a esperar los “permisos” de los usuarios para trabajar con ellos? ¿Puede imaginarse otra estrategia de inserción?

☒ ¿Qué similitudes y diferencias encuentra entre la red de servicios descripta aquí y la de su propio dispositivo?

☒ De la experiencia que aquí se relata, ¿qué elementos le parecen posibles de ser recuperados para su propia intervención? ¿Por qué? ¿Cómo los utilizaría?

SICOROGA, EN EL BAÑADO SUR DE ASUNCIÓN, PARAGUAY

“BUSCAMOS QUE EL CRACK DEJE DE SER UN ELEMENTO DE DIVISIÓN Y SE CONVIERTA EN UNA CAUSA DE ORGANIZACIÓN Y TRABAJO COMUNITARIO”

NO SE PUEDE ENTENDER ESTE DISPOSITIVO, SU FUERZA Y TENACIDAD, SIN LEER SU INCLUSIÓN DENTRO DE UN GRUPO DE MILITANCIA TERRITORIAL CON OBJETIVOS MÁS AMPLIOS. “SICOROGA ES LA PATA ASISTENCIAL EN REDUCCIÓN DE DAÑOS DE UNA TRAMA ORGANIZACIONAL QUE DENUNCIA EL CONSUMO DE CHESPI COMO SÍNTOMA DE LA DESIGUALDAD SOCIAL”, EXPLICA RODRIGO “OREJA” ROJAS CAMERONI, UNO DE SUS FUNDADORES.

“Sicoroga. Consumo cuidado de Chespi. Reducción de daños con un enfoque territorial” puede leerse en letras coloridas, con las caricaturas de “Oreja” y “Fede”, asomando de las vocales redondas. Este cartel da la bienvenida al diminuto local de *Sicoroga*, ubicado en el Bañado Sur, uno de los territorios periurbanos más estigmatizados de Asunción, en Paraguay. Allí se reúne un pequeño equipo de psicólogos militantes que, con la coordinación de Rodrigo “Oreja” Rojas Cameroni y Federico González Martínez, logró convertirse en referencia para los usuarios de chespi –como se llama a la pasta base o crack en Paraguay– del barrio.

El Bañado Sur está ubicado a orillas del río Paraguay, al pie del vertedero municipal de Cateura, basural de la ciudad. Las casas son precarias, de madera. El agua escasea. No hay desagües cloacales. Sus veinte mil habitantes, en su mayoría migrantes rurales expulsados del modelo sojero, sobreviven con changas, especialmente de la recolección de plásticos y el reciclaje de desperdicios. Los medios de comunicación suelen presentar al lugar como “foco de delincuentes” y de “narcotraficantes”.

CLAVES DEL DISPOSITIVO

- ▶ BRAZO ASISTENCIAL DE UN GRUPO POLÍTICO.
- ▶ POLITIZACIÓN DEL PROBLEMA.
- ▶ DENUNCIA PÚBLICA.
- ▶ MIRADA CRÍTICA.
- ▶ PROFESIONALES MILITANTES.
- ▶ ORGANIZACIÓN BARRIAL.
- ▶ ABORDAJE COMUNITARIO.
- ▶ CONSTRUCCIÓN DE CONFIANZA.
- ▶ SUSTITUCIÓN DE SUSTANCIAS.

orejarojasc@hotmail.com

ENTREVISTADO

▶ **RODRIGO “OREJA” ROJAS CAMERONI**, psicólogo.

EQUIPO

ASISTENCIAL

▶ **PSICÓLOGOS/AS (4)**. Son todos profesionales militantes, dos sostienen las

actividades diarias y la articulación con los grupos comunitarios y los otros los apoyan en la realización de entrevistas domiciliarias.

DE LA TRAMA BARRIAL

▶ **ORGANIZACIONES JUVENILES (4)**. Integran a los usuarios en sus actividades y

comparten una mirada en común sobre “el chespi como síntoma social de la desigualdad”.

▶ **MADRES LUCHADORAS POR LA SALUD**

DE SUS HIJOS. Impulsan la denuncia y politización del tema con movilizaciones para que cese la represión.

LO QUE LOGRAMOS EN ESTOS TRES AÑOS ES QUE SE VISUALICE EL CRACK COMO UN PROBLEMA DE SALUD, SOCIAL Y POLÍTICO. SE INSTALÓ QUE LO POLÍTICAMENTE CORRECTO ES NO DISCRIMINAR A LOS USUARIOS.

“El chespi es una sustancia relativamente nueva en el Bañado, pero en apenas dos años llevó a que se desintegren aún más la organización social, las relaciones comunitarias y la potencialidad para trabajar a nivel popular –explica Rojas Cameroni–. Genera demasiado dolor y también muchos conflictos entre los vecinos, a causa de los hurtos y las peleas, porque los usuarios tienen conductas muy apremiantes para volver a consumir. Entonces, había que hacer algo; desde el punto de vista de la salud y desde el punto de vista comunitario”.

▼ ¿Qué decidieron hacer?

▲ Nos pusimos como objetivo lograr que el crack deje de ser un elemento de división y pase a convertirse en una causa de organización y trabajo comunitario. Aquí hay muchas ONG, instituciones estatales y religiosas que no quieren meterse con este tema, lo ven demasiado peligroso y complejo. Nosotros definimos que es imposible darle la espalda, porque uno le pregunta a diez vecinos cuál es el problema más grave del barrio y todos responden “el chespi”. Es el tema emergente.

Un punto de partida: la Mesa de Chespi

El puntapié inicial para el dispositivo de trabajo en drogas lo dio la Mesa de Chespi en el año 2010. Promovida en sus inicios por la red de Equipos de Salud de la Familia, que en aquel momento coordinaba Agustín Barúa Caffarena⁹ como parte de la implementación de la flamante Atención Primaria de la Salud¹⁰ en Paraguay, la Mesa fue un espacio quincenal de reflexión, discusión y articulación de diferentes propuestas de abordaje de los conflictos vinculados al chespi.

En ese marco, la unidad de Equipos de Salud de la Familia del Bañado convocó a un psicólogo voluntario –Rodrigo “Oreja” Rojas Cameroni– y a un joven activista de la misma comunidad, estudiante de periodismo –Mario Palacios, que ya no realiza esta tarea–, para trabajar con los usuarios de drogas y sus familias. “La Mesa de Chespi duró nada, apenas siete meses, pero sirvió de impulso para empezar”, afirma el psicólogo. El compromiso con los usuarios y con las organizaciones territoriales involucradas hizo que él y su compañero se quedaran a continuar el proceso en forma militante. En esta entrevista, Rojas Cameroni explica en qué consiste este dispositivo, que combina asistencia directa con la politización del problema.

FACILITADORES

☒ LA FORMACIÓN DE LA MESA DE CHESPI PERMITIÓ UNA PRIMERA DISCUSIÓN SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN EL BARRIO.

EXISTÍAN ORGANIZACIONES POLÍTICAS Y SOCIALES DEL BARRIO CON PREOCUPACIÓN POR EL TEMA DROGAS.

▼ ¿Qué fue lo primero que hicieron?

▲ Un acercamiento lento y paulatino a los lugares de consumo, en este caso el Arroyo Ferreira, que es una reserva natural donde los usuarios encuentran privacidad. Son un grupo cerrado, tienen mucha desconfianza. Empezamos a ir todos los días, sólo a saludar, con mucho respeto. Después de un mes y medio pudimos entablar una pequeña conversación. Y a los tres meses nos sentamos a compartir una merienda. Costó bastante porque hay mucha rotación; íbamos un día y eran siete, al otro día eran doce y después seis, pero apenas tres coincidían con los anteriores. Estas juntadas en el arroyo, y las entrevistas domiciliarias, las sostenemos desde entonces hasta la actualidad.

LINEA DE TIEMPO

☒ MAYO 2010
SE FORMA LA MESA DE CHESPI

☒ MAYO-DICIEMBRE 2010
EMPIEZA EL EQUIPO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS.

☒ 2011
ORGANIZACIONES SOCIALES INTEGRAN A LOS USUARIOS A SUS ACTIVIDADES.

▼ *¿En qué consisten las entrevistas domiciliarias?*

▲ Es una intervención de abordaje individual, en la que hablamos con el usuario y su familia; iniciamos un contacto y lo mantenemos a través del tiempo. Otra cosa que hicimos cuando empezamos fue charlar con organizaciones juveniles que habían surgido en el barrio en los últimos años. Por ejemplo, con el grupo 1811. Ellos tienen un local y fuimos convenciendo a algunos usuarios para ir a compartir con otros jóvenes. Entonces, de repente duermen ahí, se bañan, hacemos asado, hay jornadas de cine callejero, ping-pong, se suman como uno más en cualquier cosa que se hace desde la organización.

▼ *En las organizaciones, ¿generó resistencias incorporar a los usuarios a su dinámica?*

▲ Al contrario, los entusiasmó la propuesta. En muchos casos fueron compañeros de escuela, se conocen de chicos. Históricamente en el barrio la relación con los usuarios de drogas es de discriminación, expulsión, segregación. Así que resultó algo lindo, nunca se había dado en el Bañado una experiencia de integración entre usuarios y no usuarios.

Con-sumo cuidado y ampliación de la vida

El dispositivo de reducción de daños desarrolla dos líneas de trabajo: consumo cuidado de chespi y ampliación de la vida. Para abordar el “con-sumo” cuidado –escriben y pronuncian la palabra enfatizando el sentido que tiene al separarla en dos–, una estrategia que encontraron fue organizar partidos de vóley con los usuarios. Todo empezó cuando una vecina, referente del barrio, les dijo que quería ayudar. “Invitó a sus conocidos, y sin tocar el tema directamente, porque eso es crucial, nunca hay que atropellar, nos presentó y organizó un partido de vóley”, relata Rojas Cameroni.

▼ *¿Cómo llegaron desde el vóley al consumo cuidado de chespi?*

▲ En el barrio nos conocen como los psicólogos relacionados con el tema del crack. Entonces, aunque no se haya explicitado, que vengan a jugar implica que tienen interés en conversar. Terminado el partido, hacemos unos chorizos a la parrilla y dejamos que planteen su pregunta: “¿Cómo nos podemos curar de esto?” Lo que tienen en la cabeza es ir a un centro de rehabilitación. Empezamos a charlar de las alternativas. Unos van invitando a otros, y vamos avanzando. Algunos sustituyen con marihuana, que es una de las propuestas que tenemos.

▼ *¿Cuáles son las otras opciones?*

▲ Siempre es reducir los daños producidos por el consumo del crack. En lo posible, erradicarlo. Si no se quiere o no se puede dejar, repartimos pipas higiénicas, tenemos un botiquín de primeros auxilios, porque los usuarios siempre están con heridas. Y proponemos regular el consumo; por ejemplo, fumar de viernes a domingos y trabajar de lunes a jueves. También promovemos la sustitución por otra sustancia menos nociva: marihuana o alcohol, que son las dos que están a nuestro alcance. Y cuando hay posibilidades de que la familia acompañe y se responsabilice, también sugerimos una desintoxicación voluntaria.

OBSTÁCULOS

- ☒ NO CUENTAN CON FINANCIAMIENTO NI SALARIOS.
- ☒ LA POLICÍA ENCARCELA Y TORTURA A LOS USUARIOS DE DROGAS.
- ☒ FALTA ASISTENCIA JURÍDICA PARA DEFENDER A LOS USUARIOS JUDICIALIZADOS.
- ☒ LA MAYORÍA DE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES NO APOYAN EL DISPOSITIVO.
- ☒ LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN PROFUNDIZAN LOS ESTEREOTIPOS Y PREJUICIOS CONTRA LA POBLACIÓN DEL BAÑADO SUR.

EL CHESPI ES UNA SUSTANCIA RELATIVAMENTE NUEVA, PERO YA AFECTÓ A LA COMUNIDAD Y LA POTENCIALIDAD PARA TRABAJAR A NIVEL POPULAR.

☒ 2011
NACE MADRES LUCHADORAS POR LA SALUD DE SUS HIJOS.

☒ 2011
SE CREA SICOROGA.

☒ 29 DE JULIO 2011
MOVILIZACIÓN A LA COMISARÍA.

☒ 20 DE SEPTIEMBRE 2012
MOVILIZACIONES A LA FISCALÍA ANTINARCÓTICOS Y AL MINISTERIO DEL INTERIOR.

FORTALEZAS Y LOGROS

- ▾ DESARROLLO DE UN DISPOSITIVO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EFECTIVO.
- ▾ CONTACTO CON OCHENTA USUARIOS DE DROGAS EN TRES AÑOS.
- ▾ IMPULSO A LA CONFORMACIÓN DE LAS MADRES DE USUARIOS DE DROGAS COMO GRUPO POLÍTICO.
- ▾ VISIBILIZACIÓN EN EL BARRIO DEL CRACK COMO PROBLEMA DE SALUD, SOCIAL Y POLÍTICO.
- ▾ PROBLEMATIZACIÓN EN LA COMUNIDAD DE LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA CONTRA LOS USUARIOS DE DROGAS.
- ▾ UNIÓN TERRITORIAL PARA ABORDAR EL TEMA Y DENUNCIARLO PÚBLICAMENTE.

▾ *¿Cómo se hace la desintoxicación?*

▴ Usamos un fármaco, levomepromazina. Es un tranquilizante que produce cansancio, entonces duermen y comen mucho. Hay jóvenes que terminan la medicación y no consumen más, se dedican a otra cosa. A veces sirve y a veces no. En general funciona en usuarios que tienen una relación reciente con el chespi.

▾ *¿De qué se trata la “ampliación de la vida”?*

▴ Cuando se consume crack, el cien por ciento de la vida es la sustancia. No hay novia, no hay relaciones familiares, no hay deporte, no hay televisión, no hay pasión por el fútbol ni distracción, nada, nada. Entonces buscamos abrir otra ventana, que la persona sostenga alguna relación con el mundo que no tenga que ver con el consumo. Por eso merendamos en el arroyo, los invitamos a las organizaciones del barrio y, cuando se puede, promovemos la inclusión laboral, que es lo que mejor funciona.

▾ *Existe la creencia de que los usuarios, especialmente quienes consumen pasta base, no pueden sostener actividades y mucho menos un trabajo.*

▴ Nosotros tampoco sabíamos cómo iba a resultar. Tiempo atrás surgió la posibilidad de construir una plaza en el barrio y cuatro de los cinco jóvenes que trabajaron el mes y medio que duró el proyecto lo hicieron sin ninguna dificultad. Eran jóvenes que estaban muy complicados con el chespi; sin embargo, mientras trabajaban no consumían. También tenemos una experiencia con comercialización y venta de productos de limpieza.

Funcionamiento: el calendario de la reducción de daños y el calendario de lucha

▾ *¿Cómo es el equipo que sostiene Sicatoroga?*

▴ En la actualidad somos dos psicólogos dedicados a la asistencia en reducción de daños, Federico González Martínez y yo. Tenemos un calendario con las actividades, algunas las desarrollamos directamente nosotros y otras, como las de ampliación de la vida, se llevan adelante en articulación con organizaciones del barrio. Para hacer las entrevistas domiciliarias contamos con el apoyo de dos colegas, también voluntarias. Nos repartimos los casos y hacemos una reunión mensual entre los cuatro, en la que charlamos cómo va cada usuario, si hay alguna urgencia, dudas que necesitemos reflexionar como grupo. Y seguimos.

▾ *¿Con qué financiamiento cuentan?*

▴ Ese es un tema muy sufrido. Cuando estaba la Mesa de Chespi hubo algunos pocos ingresos. *Sicatoroga* es una casita que alquilamos nosotros, a veces recibimos donaciones del sacerdote del barrio para pagar unos meses y comprar materiales; por ejemplo, tenemos diez guitarras porque es algo que engancha mucho. Además, presentamos algunos proyectitos, cortos, para hacer capacitaciones. La falta de ingresos hace que no podamos sistematizar las acciones que implementamos, ni fichar los casos, y eso que son muchos. Tenemos contacto con ochenta usuarios, aunque en el barrio hay más. Todo esto es una parte del trabajo, porque la asistencia es necesaria pero no toca el problema de fondo. La otra parte es el calendario de trabajo con las organizaciones del barrio para tratar las causas profundas que llevan al consumo de chespi.

▾ *¿Cómo es esta articulación entre organizaciones de base?*

▴ Somos unas seis o siete organizaciones juveniles y sociales que compartimos esta mirada y una línea de trabajo barrial en economía solidaria y comunica-

EN LAS INSTITUCIONES PARTÍAN DE LA IDEA DE QUE “EL DROGADICTO ES MALO Y HAY QUE METERLO PRESO”. EN LA ACTUALIDAD, DECIR ALGO ASÍ EN EL BARRIO ESTÁ MAL VISTO.

ción alternativa. Esta coordinación comenzó a tener, desde hace poco, el nombre Desde Abajo.

▼ *¿Estos grupos trabajan con los usuarios de drogas?*

▲ Los integran en sus actividades, pero no es su objetivo principal. Tengamos en cuenta que *Sicoroga* no es una organización en sí misma, sino que es la pata asistencial en reducción de daños de esta trama de organizaciones que plantean el tema del chespi como síntoma social. Desde Abajo, como organización de lucha, consciente, lo que hace es levantar la voz para denunciar sus causas: la desigualdad social, la pobreza histórica, la hipocresía de la policía, el modelo productivo en Paraguay. Nosotros hacemos la asistencia, pero si no tuviéramos esta organización política no tendría mucho sentido.

Cuando las madres se unen: de la angustia individual a la denuncia pública

Una particularidad del Bañado Sur es que allí surgió Madres Luchadoras por la Salud de sus Hijos, quienes desde 2011 denuncian públicamente las torturas y apremios ilegales de la policía y su complicidad en el mercado de las drogas. “Una tarde me fui a visitar algunas familias. En las cinco casas donde estuve me encontré con mamás angustiadas, que sentían que había que hacer algo, pero no sabían qué”, recuerda Rojas Cameróni. Les propuso conocerse entre sí, comenzar a charlar y pasar a la acción.

▼ *¿Cuál es el accionar de la policía con los usuarios de drogas?*

▲ Los detienen, les piden la cédula de identidad, los llevan al calabozo seis, siete horas, y los torturan. Con los usuarios la ley se aplica a raja tabla; en cambio, con la red narco y sus colaboradores la ley es súper flexible. Siempre decimos que en *Sicoroga* nos hace falta urgente un abogado, que pueda hacer seguimientos y defender a los usuarios para que no vayan presos. Todo el tiempo los llevan presos por disparates, por robar un paquete de galletitas y una bolsa de chupetines, cualquier excusa les sirve. Las madres, que también son víctimas de abuso policial, se juntaron para denunciar esto y exigir políticas de salud.

▼ *¿Qué impacto tienen con esta lucha?*

▲ Gracias a la repercusión mediática de las madres luchadoras, no sólo logramos cohesión territorial para denunciar al problema del chespi como un síntoma de la desigualdad social, sino que, inclusive, esta mirada que nosotros proponemos empezó a discutirse en otras esferas de la sociedad. Se organizaron varias marchas, ellas convocan y todas las organizaciones acompañamos. La primera fue el 29 de julio de 2011, partimos del vertedero municipal y fuimos hasta la comisaría 24, y en 2012 hicimos una movilización a la fiscalía antinarcoóticos.

▼ *¿Con qué reivindicaciones?*

▲ El cese inmediato de todo tipo de tortura, de la complicidad de la policía con el crimen organizado y el microtráfico, y exigiendo políticas de salud, trabajo y educación para todos.

▼ *A propósito de la red de tráfico, en el trabajo comunitario muchas veces se hace necesario tomar decisiones acerca de cómo tratar con los eslabones menores de venta de drogas. ¿Cuál es su posición?*

▲ No todos compartimos la misma posición. Las madres luchadoras tienen una mirada acusatoria de los microtraficantes. Desde *Sicoroga* planteamos una línea de comprensión, los vemos como una expresión del desempleo y la

LA PERSPECTIVA
HEGEMÓNICA DE LA
POLÍTICA PÚBLICA LE VA A
CHUPAR A LA REDUCCIÓN
DE DAÑOS SU CARÁCTER
ANTAGÓNICO Y CRÍTICO.
NO VA A CONSTRUIR
PROCESOS REALES EN
LOS QUE EL USUARIO SEA
PROTAGONISTA DE SU
PROCESO.



CONSTRUIR FUERZA SOCIAL

“Cualquier propuesta asistencial, sea en el tema drogas o en otros temas, tiene que partir de plantearse qué política organizativa debe darse para construir una fuerza social que denuncie y logre hacer visible la problemática, y exija que se cum-

plan los derechos”, advierte Rojas Cameroni. Para este psicólogo activista, existe “cierta tendencia a concentrarnos en los dispositivos de asistencia y olvidarnos del problema de fondo, estructural, que es la desigualdad social”.

desigualdad social, pero nos cuesta mucho instalar esa perspectiva en el barrio. Algunos jóvenes militantes de los grupos que integran Desde Abajo tienen parientes que venden y se generan fuertes problemas dentro de las familias. Cuando hemos tenido la oportunidad de hablar directamente con algún vendedor le planteamos qué posibilidad hay de que no venda crack y que venda marihuana. Pero es un tema difícil.

¿Reducción de daños como política pública?

▣ *¿Cómo es la relación del dispositivo con las dependencias del Estado en el barrio?*

▣ En el Bañado funcionan varios centros de salud y escuelas de Fe y Alegría¹¹; a veces son aliados y a veces no. Lo que logramos en estos tres años es que se visualice el crack como un problema de salud, social y político. Se instaló que lo políticamente correcto es no discriminar a los usuarios. En las instituciones partían de la idea de que “el drogadicto es malo y hay que meterlo preso”. En la actualidad, decir algo así en el barrio está mal visto.

▣ *¿Cómo lograron esto?*

▣ Con argumentos, hablando en asambleas de vecinos sobre las causas estructurales del crack: el desempleo, la desigualdad social. Utilizamos la teología de la liberación: “¿Qué haría Jesucristo con los usuarios de drogas?” “¿Cómo los trataría un buen samaritano?” “Practiquemos la solidaridad hacia el enfermo”. Hablamos muchas veces en las escuelas con los maestros, en los centros de salud, con trabajadores de los centros comunitarios. Sin embargo, cuesta mucho.

▣ *¿Existen políticas públicas en las que puedan apoyarse como dispositivo?*

▣ La Dirección de Atención Primaria de la Salud nunca se hizo cargo de la atención de las drogas a nivel comunitario. Hubo una sola persona, Agustín Barúa, que trabajaba en cinco barrios, iba de una punta a la otra él solo, pero no logró instalarse el asunto de las drogas como política pública. Nosotros proponemos una asistencial real, profunda, integral hacia el usuario; eso no lo brinda el Estado.

▣ *¿Qué haría falta para que se convierta en política pública?*

▣ Honestamente, creo que no están dadas las condiciones para que el Estado se haga cargo de la reducción de daños. Mi posición es que, por ahora, tiene que mantenerse autogestionada desde las organizaciones comunitarias, porque la perspectiva hegemónica de la política pública le va a chupar a la reducción de daños su carácter antagónico y crítico. No va a construir procesos reales en los que el usuario sea protagonista de su proceso, como sujeto de derechos. Para llegar a ser una política pública, que es algo que en unos años seguramente pueda suceder, deben irse construyendo una sensibilidad profesional y una comprensión ideológica que todavía no existen.

EXISTE CIERTA
TENDENCIA A
CONCENTRARNOS EN
LOS DISPOSITIVOS
DE ASISTENCIA Y
OLVIDARNOS DEL
PROBLEMA DE FONDO,
ESTRUCTURAL, QUE
ES LA DESIGUALDAD
SOCIAL.

▼ *¿Por qué?*

▲ No sirve que una enfermera con guardapolvo atienda al consumidor de crack en un consultorio. Así no se arma una relación de confianza. Antes de pensar dispositivos enlatados que llevar a la población los equipos tienen que darse un tiempo en el territorio, para construir un vínculo de colaboración con las organizaciones y los usuarios. En ese conocerse y hacer juntos se va creando el dispositivo.

UTILIZAMOS LA
TEOLOGÍA DE LA
LIBERACIÓN: “¿QUÉ HARÍA
JESUCRISTO CON LOS
USUARIOS DE DROGAS?”,
“¿CÓMO LOS TRATARÍA
UN BUEN SAMARITANO?”,
“PRACTIQUEMOS LA
SOLIDARIDAD HACIA EL
ENFERMO”.



PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

☒ ¿Cómo ve la relación que se plantea entre construcción de fuerza social, denuncia pública y asistencia a los usuarios?

☒ ¿Qué opinión le genera la afirmación del entrevistado de que su implementación como política pública podría quitarle el carácter crítico a la reducción de daños?

☒ ¿Cómo imagina que podría irse construyendo la “sensibilidad profesional” a la que hace referencia?

☒ ¿Qué puntos de contacto y qué diferencias encuentra entre este dispositivo y los otros que se presentan en esta publicación?

☒ De la experiencia que aquí se relata, ¿qué elementos le parecen posibles de ser recuperados para su propia intervención? ¿Por qué? ¿Cómo los utilizaría?

▣ DOCE CONCEPTOS CLAVE PARA REPENSAR LAS PRÁCTICAS DE TRABAJO EN DROGAS

REFLEXIONES DE ORIOL ROMANÍ

Este antropólogo especializado en drogas y salud, que cuenta con una larga experiencia de intervención en proyectos relacionados con las drogas, invita a replantearnos, en clave de control social, varios aspectos sobre el tema: desde el lugar que ocupan las sustancias en las sociedades neoliberales hasta las intervenciones más habilitadoras del sujeto. Y propone correr a la reducción de daños del carácter instrumental que viene teniendo para recuperar su dimensión política.

En su última visita a la Argentina, Oriol Romaní dialogó con integrantes de *Intercambios Asociación Civil*. De esa conversación se pueden extraer doce conceptos que resultan clave para leer las prácticas de trabajo en drogas desde una perspectiva crítica. A continuación se reproduce una síntesis de aquel intercambio, manteniendo el estilo coloquial que tuvo el encuentro.

▣1 El control social no es sólo constitutivo de las sociedades modernas. Hay que elegir qué tipo de control social queremos

Llamamos control social a las acciones que se ejercen sobre las personas para inducir las a un comportamiento conforme a las normas hegemónicas de cada sociedad. La criminalización, la división de las sustancias en legales e ilegales, se debe a razones que nada tienen que ver con la salud pública, sino con coyunturas de tipo político y de relaciones internacionales. El sistema de *control social duro* que se expresa en el prohibicionismo tiene la función de controlar el conflicto social a través de la represión directa, o distorsionar la represión con esta excusa. Como muy bien explica Norbert Elías¹², a partir de la modernidad hay otras maneras de configurar el comportamiento de los cuerpos, formas de *control social blando* de las cuales formamos parte quienes integramos las instituciones de salud, educación o acción social, así como los pertenecientes al mercado de la autoayuda. Es decir, control social hay siempre. El punto es de qué lado uno se pronuncia: si por mantener la represión del prohibicionismo o por un tipo de control social que favorezca cierta cohesión, que incluye el acceso a la salud pública. Hacer esta elección implica abocarse, por un lado, a promover que se cambien ciertas leyes, y por otro, en lo cotidiano, a nivel micro, a trabajar en ir cambiando las relaciones de poder, y los usos y costumbres en relación a las drogas.

▣2 El uso de sustancias y su significado está condicionado por cada cultura

Existen gran cantidad de indicios, tanto de tipo histórico como etnográfico, que nos permiten afirmar que las distintas sociedades humanas han conocido y utilizado, desde sus inicios y hasta la actualidad, muy distintos productos para estimularse, sedarse, paliar el dolor, alternar socialmente, experimentar sensaciones placenteras, alterar su estado de ánimo, alucinar, acceder a algunas formas de conocimiento distintas a las habituales, etcétera; es decir

▣ ORIOL ROMANÍ. Es antropólogo, doctor en Historia (Antropología Cultural) graduado en la Universidad de Barcelona y catedrático del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad "Rovira i Virgili" (Tarragona). Es autor de los libros *Dejar la heroína. Vivencias, contenidos y circunstancias de los procesos de recuperación* (Madrid, Dirección General de Acción Social y Cruz Roja Española, 1986) y *Las drogas. Sueños y razones* (Barcelona, Ariel, 1.ª ed. 1999, 2.ª ed. 2004), entre otros. Desde hace diez años es presidente de *Grupo Igía*, colectivo interdisciplinario de profesionales dedicado al estudio y la intervención en el campo de las drogodependencias y la salud.

que han usado y consumido aquel tipo de productos que nosotros hemos unificado bajo el concepto de “drogas” y que definiremos como “[...] sustancias químicas que se incorporan al organismo humano, con capacidad para modificar varias funciones de éste (percepción, conducta, motricidad, etc.), pero cuyos efectos, consecuencias y funciones están condicionados, sobre todo, por las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utilizan”¹³. Si somos coherentes con la visión sociocultural en la cual lo central es la articulación de sujeto-contexto-sustancia, podemos entender, entonces, que hay usos de cannabis que pueden ser muy duros o, al revés, usos de la heroína que no lo son tanto. Tener clara esta gran variabilidad permite moverse, descentrar la visión monolítica que presenta a “la droga” como algo fantasmático.

3 Efectos del “cuco de la droga”

Desde pequeños nos dicen que “la droga es mala, es terrible”. Entonces, se va construyendo un concepto tan connotado emocionalmente, que se ubica entre esos conceptos morales de gran capacidad de movilización, en contra y sin pensar. El efecto, en términos de control social, es que la gente queda “acobardada”, paralizada; y así, de momento, ya los tenemos controlados. Si encima sirve para tapar otras cuestiones estructurales que están debajo, como la desigual distribución de la riqueza, la pobreza y la injusticia, mucho mejor. Develar la densidad de este concepto permite romper la visión monolítica y empezar a actuar.

4 Usuarios con voz

En el año 2000 hicimos una investigación entre los equipos técnicos de los doce centros de drogas de Barcelona, para conocer las bases teóricas a partir de las que trabajaban y que en gran parte acabó girando alrededor de cómo se sentían con el trabajo en reducción de daños. Una frase muy divertida e interesante que usaban era “nos convertimos en los *camellos* institucionales”¹⁴. Se referían a que, al igual que los vendedores del microtráfico, tuvieron que aprender a negociar continuamente. Por un lado, porque proveen las condiciones de seguridad para el consumo de las sustancias, pero, sobre todo, porque hubo un cambio de posición del supuesto paciente. Que ya no es tan paciente.

Los entrevistados para la investigación, especialmente los médicos, decían que siempre habían visto a los drogadictos como muy malos pacientes... Y con los nuevos enfoques, todos los integrantes de los equipos, médicos incluidos, tuvieron que buscar “tratamientos ad hoc”, lo que se tradujo en una negociación continua con este paciente al que se le reconoce la voz. Este es un primer efecto bastante contundente respecto al modelo anterior de intervención.

5 Las técnicas no garantizan derechos

Sin embargo, el cambio de la relación jerárquica del modelo prohibicionista a una relación más igualitaria no necesariamente se dio en todos los servicios de reducción de daños. En muchos casos, se continuó con el mismo “chip autoritario”, aunque la técnica de intervención fuera distinta.

Phillipe Bourgois (2002) cuenta un caso muy interesante de reducción de daños en Suiza en que a los usuarios les salían sarpullidos cuando iban a la sala de inyección segura. Era un grupo que siempre se había inyectado en la calle, siempre había hecho lo que quería. Para usar la sala, los trabajadores los hacían pasar por un control tan estricto que les daba alergia. Es decir, lo que tiene que cambiar en realidad es la capacidad de los equipos para reconocer en cada usuario de drogas a un sujeto de derechos, y facilitar que se organice, que participe de espacios de reflexión, entre pares, con o sin coordinación profesional, o en asociaciones de usuarios.

6 Equipos multidisciplinarios

En un análisis un poco más profundo podríamos decir que, según el tipo de servicio que se implemente, también hay que trabajar con el barrio, con la comunidad; esto supone promover cierta movilización social, no alcanza con centrarse en el trabajo puro de la clínica, sino que es un trabajo social. Por eso los equipos tienen que estar conformados por distintas disciplinas. Se necesitan profesionales que tengan la capacidad de ir a una asamblea de vecinos que se resisten a la instalación de un servicio para usuarios de drogas en su barrio, y saber explicar por qué es útil

este dispositivo, y negociar. Es un trabajo amplio y diversificado que requiere incluir en los equipos a trabajadores de las ciencias sociales.

7 Micropoderes versus auto organización de los usuarios

En toda intervención existe un juego de micropoderes¹⁵. Los equipos de salud tenemos que ser muy conscientes de nuestro lugar en los dispositivos de control social *blando*, para poder actuar sabiendo que si trabajamos para lograr ciertas soluciones que parecen más eficaces, al mismo tiempo tienen que ser más justas. La desigualdad social es una de las principales causas por concatenación de la enfermedad.

Cuando uno trabaja en estos temas no hace una intervención puramente técnica, sino que antes o después hay implicación con los usuarios de drogas, sus familiares, los vecinos, la comunidad. Por lo tanto nuestra tarea también es... no diría “empoderar”, porque es una palabra con un origen muy neoliberal, pero sí promover la construcción de poder en los grupos sociales implicados. La eficacia va ligada a la justicia. Esto significa tener que plantearse una crítica social. Porque el abordaje queda muy limitado si se plantea a la reducción de daños como un conjunto de medidas técnicas y punto. Tienes que ir un poco más allá. En la actualidad, en España, se están suprimiendo servicios de reducción de daños en los barrios de Madrid. Se suprimen y la gente queda allí, sin reacción, de vuelta en la calle. Si las intervenciones en reducción de daños todos estos años hubieran incluido, entre sus tareas, la de promover la auto organización de las personas, ya veríamos si se habrían atrevido a cortar estas políticas sanitarias.

8 Asociaciones de usuarios en Europa y en América Latina

Las asociaciones de usuarios de drogas son clave. Tienen trabajo entre pares, capacidad de reivindicación de derechos, mucha mayor llegada. Siempre es central, para la construcción de respuestas, la organización de quienes viven una situación problemática. En Europa hay diversas asociaciones, con distintos perfiles y grados de resistencia. Entre los usuarios de opiáceos hay organizaciones combativas, otras que no lo son tanto y algunas que hicieron mucha presión para que no se cerraran los servicios. Allí se ve un diferencial.

A veces se dice que en América Latina es difícil generar ciertos niveles de organización y autodefensa entre los usuarios de drogas, no entre los cannábicos, sino entre quienes consumen pegamento o pasta base. Sinceramente, yo creo que en estos casos el punto no es la sustancia, sino las condiciones extremas de existencia. No se puede pretender cierta capacidad de organización cuando no se tiene un piso para sobrevivir, cuando continuamente se está al filo de la muerte. Evidentemente, en ese escenario de alta privación la sustancia acaba de deteriorar a una persona, por eso la intervención debe apuntar a trabajar sobre esas condiciones de vida.

9 El prestigio del trabajo en red y las trampas del lenguaje

Cuando un concepto se prestigia, es muy fácil caer en las trampas del lenguaje, usarlo pero vaciándolo de su contenido. Esto es lo que sucede con las nociones de “trabajo intersectorial” y “trabajo en red”. Cuando trabajamos en red, ¿quién tiene responsabilidad sobre qué? ¿Qué tipo de equipos montamos? ¿Cómo nos coordinamos? Trabajemos en red sólo si existen condiciones para hacerlo. Es necesario ser específico, traer a la intervención el aprendizaje de la academia: cuando hacemos una investigación debemos especificar qué significa cada concepto que utilizamos, para que se entienda en su contexto. Cuando intervenimos también hace falta explicitar de qué hablamos, porque eso clarifica lo que estamos haciendo y evita caer en la etiqueta. Trabajar en red es muy necesario, siempre y cuando digamos qué significa en cada caso.

10 ¿Todos hacemos reducción de daños?

En la actualidad todo el mundo dice que hace reducción de daños... En realidad, hacer reducción de daños significa darnos un trabajo de fondo, que no sólo sea técnicamente más eficaz, sino que –como dice la consigna de un manifiesto de hace unos cuantos años– sea “socialmente más justo”¹⁶. Es la forma de hacer un trabajo persistente, que logre ir cambiando ciertos entornos, los contextos en los que se producen estos problemas. Significa no sólo revisar el prohibicionismo, en el caso de las drogas, sino problematizar formas de intervención y de relaciones de poder jerarquizadas. Hay gente

que dice, “bueno, con la reducción de daños tú quieres cambiar una visión del mundo”. Pues yo creo que sí. A partir de un campo técnico concreto, impulsamos una transformación del mundo, como sucede con quienes a partir de trabajar estrategias de sobrevivencia plantean el comercio justo, o que al abordar el problema de la vivienda se posicionan a favor de la reforma de la tenencia de la tierra; es decir, parten de situaciones concretas que los llevan a cuestionar las estructuras. A nosotros nos ocurre lo mismo en el campo de las drogas y no creo que sea una cosa que tengamos que disimular. Esto implica una visión rupturista para hacer emerger la dependencia estructural, que se visualicen los problemas de fondo.

11 La dimensión del placer, ese “gustirrinin” de las drogas

No se entendería nada si las drogas no nos dieran “gustirrinin”, si usamos una forma coloquial para hablar del placer. Si no partimos de reconocer esta dimensión, es que no nos enteramos de nada. Recuperar la dimensión del placer permite descentrar todo de la concepción “droga-problema” y “droga-drama”. Ya bastante dramático es cómo acabaron funcionando algunos usos de drogas, los problemas relacionados con el consumo en la sociedad capitalista, las relaciones de producción y explotación en torno a las drogas; en fin, un enorme conjunto de temas a tener en cuenta. Pero tengamos en claro que esto no es culpa de las sustancias sino de la manera en que se condicionó su circulación social y las expectativas que se fueron generando al respecto de esa restricción.

12 Despenalización, placer y control social

Cuidado, porque estamos cada vez más en una sociedad de la *gubernamentalidad*, en la que el placer también funciona como forma de control social (Sepúlveda Galeas, 2010). A diferencia de aquel control basado en la prohibición, este se basa más en la gestión del deseo, de tal forma que produzca un mercado con beneficios y tenga a la gente distraída, pensando en que vive en el mejor de los mundos posibles. Espero que no se me malentienda lo que quiero decir, pero creo que en las sociedades neoliberales contemporáneas se plantean la despenalización por dos conjuntos de motivos: por un lado, porque el modelo vigente es tan duro y tan rígido que está haciendo un ruido muy fuerte, pero también porque existe la posibilidad de enfocar el tema desde el mercado.

No sé si sería la palabra, pero yo diría que estaría por un “uso epicúreo de las drogas”, lo que sería un disfrute no consumista. Lo que algunas sociedades campesinas o indígenas llaman “la buena vida”. Me inclino por pensarlo desde la discusión que hay en Bolivia sobre el concepto de “la buena vida”, o el de “el buen vivir” de Venezuela, en la que debería entrar una *relación de uso* (¿se acuerdan de Marx?) con las drogas, totalmente distinto a este concepto de consumo que nos están proponiendo. Es decir, disfrutar de las cosas de la vida, incluidas las drogas, sin necesidad de que el mercado nos esclavice para un supuesto disfrute que es siempre comprar más.

PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

- ☒ Revise las experiencias que se presentan en esta publicación a partir de los doce conceptos propuestos por Oriol Romaní. ¿Cuáles de ellos se aplican? ¿De qué manera? ¿Qué coincidencias y tensiones puede identificar?
- ☒ ¿Cómo podría reordenar estos conceptos en función de los que resultan más significativos para su intervención? ¿De qué forma los jerarquizaría? ¿En cuáles le interesa profundizar?
- ☒ A partir de su propia experiencia de trabajo en drogas sugiera otros conceptos y elabore un glosario que sirva para su práctica.

▣ INSTRUMENTALIDAD Y POLÍTICA DE LAS INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

POR PAULA GOLTZMAN Y JORGELINA DI IORIO

El ánimo que conlleva este artículo es el de retomar la discusión sobre una de las dimensiones clave de toda intervención social, la dimensión política, que se presenta las más de las veces velada tras la evidente presencia de las técnicas e instrumentos. Creemos en esta reflexión como un elemento fortalecedor de los equipos, más allá de la claridad o incerteza políticas de sus integrantes, de los muchos o pocos años de experiencia de trabajo, o de las convicciones y dudas que nos embarguen en medio del camino.

Una de las cosas que en los últimos tiempos comenzó a llamar la atención en los discursos sobre las respuestas al problema de las drogas, en especial en foros, mesas de debate e intercambio entre expertos, es cierta homogeneización, una repitencia de las estrategias mencionadas y puestas en práctica como las más adecuadas para atender el problema del uso problemático de drogas, en especial en sectores de mayor vulnerabilidad social.

De este modo, la apelación a las intervenciones territoriales, la utilización de los sujetos pares para facilitar el diálogo con los usuarios más difíciles de acercar al sistema social y sanitario, las propuestas de trabajo en red en pos de construir una respuesta más integrada, el reclamo a distintos sectores gubernamentales por la integralidad en la respuesta, incluso la propia estrategia de reducción de daños, se presentan como enunciados banalizados por distintos actores, palabras expresadas y prácticas implementadas por instituciones, profesionales y técnicos de muy heterogéneo origen y formación.

Algunas circunstancias sociales vivenciadas en los últimos años han influenciado en esta cuestión. Sin querer ser taxativos podemos mencionar: el fracaso de las respuestas tradicionales de atención a las drogas en abordar la complejidad del cruce entre vulnerabilidad social, pobreza y uso de drogas; los reclamos de distintas organizaciones sociales y comunitarias por mejorar la respuesta de atención a la población especialmente joven y pobre; los debates vinculados a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y la necesidad de crear dispositivos de atención en el escenario cotidiano de los sujetos; los debates que han generado el reconocimiento de derechos en minorías poblacionales y en temas vinculados a las prácticas privadas (Ley de Matrimonio Igualitario, Ley de Identidad de Género, Ley de Salud Sexual y Reproductiva, debate en torno al aborto); las discusiones por la revisión de la actual Ley de Drogas y la discusión por la despenalización de la tenencia de drogas para uso personal.

Esta difusión de estrategias, impensadas hasta hace unos años en algunas instituciones y profesiones, no representa el problema sobre el que este artículo intenta debatir, sino que el problema se percibe en la invisibilización de la dimensión política y ética que la utilización de cualquier técnica conlleva. La discusión –o a esta altura podríamos decir consenso– por la necesidad de respuestas integrales o por ponderar al sujeto como eje de las intervenciones, ha llevado a una esfera oculta el debate por la transformación de las condiciones sociales y, más específicamente, de las políticas de drogas prohibicionistas que han hecho posible que grandes grupos poblacionales no encuentren una respuesta satisfactoria a su padecer, y que otros tantos se vean criminalizados por su práctica social.

La reducción de daños puede entenderse tanto como una estrategia de trabajo para intervenir en el campo de las consecuencias individuales y colectivas, sociales y sanitarias derivadas del uso de drogas y de sus políticas de regulación, como un paradigma político de referencia para comprender el fenómeno de las drogas y las estrategias de control que las han regido, al menos desde la modernidad. Ambas caras de la moneda han tenido un desarrollo desigual en el contexto argentino.

Historia y dimensión instrumental de la reducción de daños en Argentina

Recuperar la historia de la reducción de daños en Argentina, desde una perspectiva instrumental, puede darnos pistas para entender la expansión de algunas estrategias y técnicas de intervención dentro del campo de atención de las drogas. Los comienzos de las acciones se ubican a finales de la década de 1990, cuando “[...] los primeros

programas de reducción de daños se focalizaron en la prevención del VIH entre los usuarios de drogas por vía inyectable (UDIs). Inicialmente los principales ejes de acción de estos programas tenían por objetivo la modificación de las prácticas de uso de drogas, con una perspectiva del cuidado de la salud centrada en el usuario y en sus redes de consumo” (Galante y otros, 2009). El apoyo de las agencias internacionales de financiamiento y del propio Ministerio de Salud de la Nación fue clave para que en varias localidades, tanto de Buenos Aires como de Rosario, se abrieran programas y acciones de reducción de daños.

Estos programas se apoyaron para su desarrollo en los entramados de redes comunitarias territoriales, y tuvieron un impacto localizado en esos territorios. Dentro de las intervenciones más desarrolladas se encontraron: el contacto con la población en los escenarios de uso de drogas; la distribución de preservativos, kits de inyección segura y material informativo sobre prevención de las prácticas de riesgo en el uso de drogas; el trabajo con las redes sociales de los usuarios; el acompañamiento para facilitar el acceso a los tests de VIH y hepatitis virales, y a la atención en los servicios de salud.

Desde una perspectiva fuertemente sanitaria, se fue conformando una impronta de origen para la reducción de daños en Argentina –como en tantos otros países– que la “condenó” sólo a ser vista como una estrategia compensatoria de las consecuencias adversas del uso de drogas inyectables, eficaz para controlar la transmisión entre la población de usuarios, y cuya estrategia insignia era la distribución de jeringas.

Si está claro que la reducción de daños se popularizó por su eficacia para abordar sanitariamente la epidemia de VIH entre los usuarios de drogas, al mismo tiempo develó el fracaso de las respuestas tradicionales de atención para ocuparse del mismo problema. Las acciones que le otorgaron al sujeto usuario de drogas la capacidad de intervenir en la atención de su propia salud, y de modificar las prácticas de uso que lo ponían en riesgo de transmisión del VIH y las hepatitis virales, están en la base de una concepción del uso y del usuario que se contradice con una perspectiva prohibicionista de las drogas.

Expansión de las técnicas

Señalábamos antes que los programas de reducción de daños tuvieron como característica ser de tipo comunitario, es decir que estaban apoyados en las redes sociales y territoriales de los usuarios, y que apostaron al desarrollo y utilización de los recursos locales para abordar tanto los problemas sanitarios del uso de drogas como los daños producidos por los efectos sociales de las políticas de drogas. Este fuerte anclaje territorial los hizo especialmente susceptibles a los cambios sociales, las modificaciones de los patrones de uso y la aparición de nuevas demandas hacia los equipos de trabajo, que fueron empujando las intervenciones más allá de la prevención del VIH entre UDIs.

De esta manera, los recursos instrumentales se fueron ampliando desde la gestión individual y grupal del uso de drogas hacia el abordaje de problemas complejos devenidos también de las condiciones de vulnerabilidad y pobreza que caracterizaban a los territorios abordados por estos programas, y en donde los efectos de las políticas represivas y prohibicionistas dejaban su secuela de marginalidad y estigmatización social de los usuarios. Como señalan Fernandes y Ribeiro (2002) “[...] el desarrollo de las políticas de reducción de riesgos es inseparable del estatuto de ilegalidad que relegó a las drogas para los márgenes del sistema cultural, haciéndolas retornar a su centro como un problema: de marginalidad, de estigmatización, de peligrosidad. La reducción de riesgos es pues, una política cuyo plano más profundo se liga a las condiciones del estilo de vida junkie”¹⁷ (traducción nuestra).

A finales de la década de 2000 muchos de esos primeros programas se cerraron por distintos motivos, como falta de financiamiento, procesos de fragmentación al interior de los equipos y falta de adecuación de las intervenciones a los cambios en el uso de drogas (Galante y otros, 2009); los programas que quedaron fueron pasando el eje de sus intervenciones hacia la prevención y asistencia de una amplia gama de problemas relacionados con los procesos de vulnerabilidad social a partir de la intervención comunitaria.

Si bien el número de programas disminuyó, se pudo constatar una proliferación de las mismas técnicas de reducción de daños en un conjunto heterogéneo de organizaciones sociales de base comunitaria, y de programas sociales y sanitarios de índole estatal, que fueron permeando su discurso y recuperaron para el abordaje del uso de drogas las intervenciones de reducción de daños.

La proliferación de las técnicas debe entenderse como un éxito en términos de difusión y apropiación por un conjunto de organizaciones de la reducción de daños como estrategia de abordaje. Sin embargo, el paradigma político que sostiene a esta estrategia se diluyó en la pragmática discusión sobre la adjudicación de responsabilidades entre diversas agencias estatales por la atención del uso problemático de drogas; las incertidumbres de cómo controlar el tráfico y el microtráfico; la banalización de algunos consumos, cannabis y alcohol principalmente; y

las reacciones de las corporaciones médicas y farmacológicas a los avances en las perspectivas garantistas de los derechos de los pacientes.

Las claves de la instrumentalidad que deja como herencia esta etapa están dadas por algunas “ideas fuerza” que nos interesa brevemente señalar para pensarlas como puentes hacia un reposicionamiento político.

Claves instrumentales para pensar la reducción de daños

La primera idea está relacionada a la complejidad del fenómeno de las drogas y, en consecuencia, a la imposibilidad de pensar y actuar respuestas simples. Esto, que parece de perogrullo, es uno de los elementos más comunes en el desgaste de los equipos de trabajo y en la sensación de que las acciones implementadas no alcanzan ni son suficientes para transformar –quizás normalizar– la vida de los sujetos.

Suele perdersenos de vista la siguiente idea: son los sujetos los que transforman (siempre transforman) su vida. Esto implica la aceptación de que toda práctica social tiene un significado para esa persona, y que del ejercicio de esa práctica social (en este caso el uso de drogas) deviene el ejercicio de la responsabilidad. Considerar al sujeto que usa drogas como responsable es, en última instancia, permitirle reflexionar sobre sus prácticas y entonces sí, quizás, transformarlas positivamente.

Vinculada a esta reflexión, que es siempre práctica al mismo tiempo, uno de los desafíos de las intervenciones radica en el reconocimiento de los saberes y las “actividades” que quienes usan drogas implementan para gestionar individual y grupalmente ese uso. Menéndez (2009: 52) nos proporciona un término instrumental para definir estos procesos, la autoatención. Dice: “[...] nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma”. Este reconocimiento y puesta en valor de los saberes de los sujetos es, como veremos más adelante, no sólo una idea instrumental, sino un elemento que hace a la concepción de sujeto, central para pensar la dimensión política de la reducción de daños.

Por último, las otras dos ideas clave en el ejercicio instrumental de la estrategia lo constituyen la integralidad y el trabajo en red. Las problemáticas complejas se caracterizan por expresar una condición de integralidad, ellas se presentan de manera esquiva para poder ser definidas, etiquetadas, diagnosticadas desde un único campo del saber; en ese sentido podríamos decir que son profundamente “indisciplinadas” (Volnovich, 2008). Una perspectiva integral debería estar presente incluso cuando “artificialmente” dibujemos un campo posible de intervención. Si reconocemos al uso de drogas como una problemática compleja, el concepto de integralidad en la intervención se torna central, porque en el pensamiento complejo no existe lo absoluto y aislado; lo complejo es, por definición, relativo y contextual. Como señala Almeida-Filho (2006: 138): “La idea de integralidad permite una multiplicidad de intervenciones parciales, reconociendo la unidad en la multiplicidad, y la unidad en la diversidad”.

Íntimamente ligada a la integralidad, una de las intervenciones más difundidas tiene que ver con el trabajo en red, en al menos dos sentidos. Uno como imbricación de sujetos, grupos y organizaciones, que se da de distinto modo y a diferentes niveles, trazando objetivos comunes en la atención del problema (Rovere, 2000). Y otro, casi como respuesta a una frase que dice que “nadie anda solo por la vida”, por lo que el trabajo en red implica “[...] una manera de definir la realidad relacional de las personas” (Machín, Merlo y Milanese, 2000). En esta línea las redes no son sólo las relaciones técnicas y organizacionales que los equipos de trabajo mantienen con sus pares profesionales y técnicos, sino que en la intervención incorpora a las redes sociales de los usuarios de drogas.

Reposicionando la dimensión ético-política de la reducción de daños

Abordar las intervenciones sobre uso de drogas desde una estrategia de reducción de daños supone, como lo venimos haciendo, describir la dimensión instrumental, evidente, en la que reconocemos acciones, actores y líneas de trabajo, y otra dimensión ético-política. Ambas son constitutivas del objeto y operan simultáneamente en las intervenciones, que son siempre y al mismo tiempo, instrumentales y políticas. Nos referimos a las definiciones e interpretaciones sobre los usos de drogas y los usuarios, así como también a las regulaciones sobre los consumos, en las que cobran especial relevancia los atravesamientos disciplinares, culturales, histórico-sociales e ideológicos de los actores sociales involucrados, que por lo general caen en el orden de lo naturalizado, de lo no discutido.

Pensar en términos de una dimensión ético-política no implica reducir el análisis a aspectos normativos o prescriptivos para el desarrollo de estrategias de reducción de daños. Supone una reflexión general de carácter social que trasciende las dimensiones morales y la mera enunciación formal del “compromiso ético y político” de toda intervención (Montero, 2001). Implica una concepción del mundo y de los sujetos, es decir, alude “a la definición del otro y a su inclusión en la relación de producción de conocimientos, suponiendo valores como la igualdad y la justicia” (Sopransi, 2011).

Nos referimos a una *ética de la relación*¹⁸ y a una *política para la transformación*. Con ética de la relación aludimos a las concepciones sobre los usuarios de drogas –sujetos u objetos de intervención– más que a los comportamientos esperables o deseables dentro de determinado contexto social. Toda relación está basada en definiciones no problematizadas sobre el otro y sobre uno mismo, sobre los modos de ser y de estar en el mundo, y sobre los vínculos entre ambos. Esto no quiere decir que pueda pensarse en una dimensión ética por fuera de los aspectos relacionales, sino que las diferencias van a residir en qué tipo de vínculo se establece con los usuarios de drogas.

De algún modo, la estrategia de reducción de daños permite otra ética de relación con el uso de drogas, configurando un campo de posibilidad no prohibitivo. La prohibición ya no aparece, entonces, bajo discursos asilares (internación) sino en el tipo de relaciones que se establecen entre los usuarios y los equipos de atención: aquellas basadas en lógicas restrictivas para los sujetos y sus grupos de pertenencia, o por el contrario, las que fomentan poder y autonomía que se traducen en un mayor bienestar y acceso a derechos.

Nos referimos a que es posible reconocer, en las intervenciones con usuarios de drogas, relaciones, construidas desde la oposición o el contraste, en las cuales la voz de los usuarios termina convirtiéndose en objeto sometido a esquemas de interpretaciones tradicionales y opresivas. Pero también hay modos de relación en los que se acepta lo no imaginado, lo extraño, lo no igual, admitiendo “[...] formas de conocer totalmente otras y supone, también, y necesariamente, el diálogo y la relación con ese Otro en un plano de igualdad basado en la distinción y no en la semejanza o la complementariedad” (Montero, 2001: 6).

En clave de atención a los usuarios de drogas, esto se traduce en la construcción de espacios confiables, que no sean amenazantes ni estigmatizantes de experiencias ni vivencias. No sólo es considerar las relaciones entre los usuarios, las sustancias y los contextos de uso, sino poder instrumentar desde los equipos posicionamientos para que las estrategias de reducción de daños den lugar a la configuración de puntos de anclaje, de otros puntos de encuentro con potencialidad transformadora subjetiva y política.

El tipo de vínculo que se establece, basado en definiciones particulares sobre los usuarios, tiene consecuencias prácticas que se traducen en el plano político como lógicas de regulación y control, heterónomas en el primer caso, y vinculadas con procesos de gradual autonomía en el segundo.

Frente a los riesgos de automatización y burocratización en la implementación de intervenciones de reducción de daños, planteamos la necesidad de reflexividad permanente y evaluación crítica por parte de los equipos de trabajo. Estar atentos a los procesos de despolitización que sustraen a los problemas sociales, como el uso de drogas, de sus condiciones estructurales de producción y reproducción. Tres son los procesos que en este campo en particular ocultan la dimensión política del problema: la medicalización, la judicialización y la victimización (Pecheny, 2010: 20).

Los procesos de medicalización refieren al control por parte de la medicina de los comportamientos “anormales y desviados” y se traducen en lo cotidiano en la ilusoria y desmedida expectativa de que será la palabra autorizada del médico o del psiquiatra, y las prácticas del consultorio o la internación, las que lograrán la cura del padecer de las drogas. Al mismo tiempo, la judicialización deposita en el juez la resolución de una práctica social devenida en problema o se torna en la llave que abre y cierra el acceso de los usuarios al derecho de atención. En tercer lugar, la victimización; ser víctima del “flagelo” de la droga ubica al usuario en un lugar de irresponsabilidad y, por lo tanto, como objeto de los devenires de los efectos de las sustancias e incapaz de ejercer sus derechos ciudadanos.

Estos tres procesos ocultan las reales condiciones de producción del problema y del padecer de los sujetos, y obstaculizan en los equipos de trabajo una exploración sistemática de las categorías de pensamiento. Eduardo Passos (2010: 11) utiliza los términos “interface clínico-política” para definir ese lugar en el que estamos muchas veces quienes trabajamos el tema, donde el encuentro con el uso de drogas no puede ser entendido sólo como posible demanda de tratamiento, sino también como un modo de existir que guarda correspondencia con un modo de construir y experimentar la realidad, que es necesario reconocer en su legitimidad y derechos.

A modo de cierre...

Ningún sistema explicativo del fenómeno de las drogas se sostiene sólo por la coerción de los heterocontroles, o dicho de otra manera por la fuerza de la ley. Hay otras formas discursivas, simbólicas, protectoras que operan sutil

pero contundentemente en la mantención de un cierto orden de cosas. Y a esta altura creemos, por si hace falta aclararlo, que el sistema de regulación hegemónico de las drogas es irracional y, sobre todo, absurdamente injusto.

Politizar las prácticas interventivas y dar un debate por los sentidos con los que se interviene se torna en una necesidad de primera línea, pues la racionalidad técnica termina operando a modo de una gestión universal de los problemas que despolitiza lo social. Quizás la reducción de daños sea la estrategia que mejor muestra esta doble dimensión instrumental y política de la acción, al ofrecer una serie de recursos de cuidado y protección de los sujetos que usan drogas, en especial a los que lo hacen de manera problemática, y al mismo tiempo cuestionar la prohibición de usarlas.

Estos recursos de cuidado están basados en los derechos de los sujetos y en el desarrollo de su autonomía. En el reconocimiento de que vivimos en una sociedad profundamente desigual, por lo que la apelación a la autonomía no deslinda las responsabilidades sociales e institucionales en la construcción de sostenes y apoyos para hacerla posible. Trabajar en este “interface” instrumental y política nos obliga a mirar reflexivamente los instrumentos que usamos y nos compromete políticamente a aportar a la transformación de lo que está instituido.



PARA LA REFLEXIÓN... Y VUELTA

- ☒ ¿Cuál es la relación entre modelo prohibicionista y concepción del sujeto?
¿Qué ecos tiene esa relación en las intervenciones que usted conoce?
- ☒ El artículo propone revisar las prácticas que se presentan de manera “despolitizada”, ¿qué estrategias podrían desarrollarse desde su ámbito para devolverles el carácter político?
- ☒ ¿Cómo se reflejan en su práctica las dimensiones de una “ética de la relación” y una “política de la transformación”?
- ☒ A lo largo del artículo se definen una serie de conceptos que conllevan la dimensión instrumental y política: complejidad, autonomía del sujeto, integralidad, trabajo en red. ¿De qué manera se expresa esa doble dimensión en su práctica?

NOTAS

¹ La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico (Sedronar) focaliza el accionar del Programa Prevenir en municipios que quieran desarrollar estrategias de prevención de uso indebido de drogas. Brinda asistencia técnica y financiera para el diseño e implementación de proyectos locales, busca promover la participación de la sociedad civil en el abordaje preventivo y fomentar la creación de redes locales. Información: www.sedronar.gov.ar/images/archivos/programa%20prevenir%20web.pdf

² Según esta clasificación clásica, la “prevención universal” está dirigida a la población en general y busca fortalecer los factores protectores y disminuir o modificar los de riesgo para el inicio en el consumo de drogas, la “prevención selectiva” se enfoca en la población con mayor riesgo de consumo, que puede ser identificada en base a factores biológicos, psicológicos o ambientales, y la “prevención indicada” suele dirigirse a usuarios experimentales o que presentan factores de riesgo.

³ La Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en diciembre de 2010, incluye por primera vez los problemas relacionados con el consumo de drogas como padecimientos de salud mental. Es una normativa en concordancia con los derechos humanos y apunta a la desinstitutionalización de las personas con padecimiento mental. La Ley fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, quienes asesoraron en su redacción. Información: infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=175977.

⁴ La creación de estrategias específicas para la prevención de VIH/sida entre usuarios de drogas inyectables se debió a la alta tasa de transmisión del virus en esta población. Como señalan Rossi y Goltzman (2012): “La evolución de las categorías de transmisión entre los varones mayores de 12 años reflejaba que hasta 1996, el uso compartido de material para el uso de drogas inyectables era la principal vía (46,5% según datos del Ministerio de Salud, ‘Boletín sobre el VIH-SIDA en la República Argentina’, elaborado por la Dirección de SIDA y ETS). Sin embargo, desde 1996 la vía heterosexual siguió en ascenso, mientras que los UDI revirtieron la tendencia”.

⁵ Una de las acciones tendientes a reducir los daños asociados al uso de drogas inyectables es la distribución de kits de inyección segura, ya que así se promueve no compartir la misma jeringa, una práctica de muy alto riesgo en la transmisión de VIH. Es un estuche que –además de un preservativo– contiene jeringas, agujas descartables, frascos de agua destilada, un recipiente para diluir, compresas con alcohol para higiene, un folleto con contenido educativo e informativo y las instrucciones para armar “descartadores” de agujas, de tal forma que otras personas no se pinchen por accidente.

⁶ A partir de la sanción de la Ley Nacional de Estupefacientes 23.737, en 1989, se penaliza la tenencia para consumo personal con prisión de un mes a dos años. Esto significa, en la práctica, la legalización de los tratamientos compulsivos en lugar de voluntarios, ya que para no ir a prisión el usuario de drogas debe realizar una “medida curativa” y si al cabo de dos años no da resultado debe cumplir con la pena.

⁷ Los Centros Provinciales de Atención (CPA) son espacios públicos y gratuitos de recepción, asesoramiento, atención y derivación para personas afectadas por situaciones de consumo problemático de sustancias, o que requieren asesoramiento en relación a la temática. Dependen de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones de la provincia de Buenos Aires. La red de CPA tiene presencia en la mayoría de los municipios de la provincia, con un equipo técnico propio en cada lugar. Información: www.sada.gba.gov.ar/

⁸ El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria es una sociedad pública y privada de alcance mundial dedicada a captar y canalizar recursos económicos para la prevención y el tratamiento del VIH/sida, la tuberculosis y la malaria (paludismo). Fue creado en enero de 2002 como un instrumento financiero complementario a las políticas de gobierno de cada país en estas tres enfermedades. En sus inicios llevó el nombre de “Fondo Global” y a partir de 2005, su actual denominación. Las propuestas para que las iniciativas accedan a los recursos deben ser presentadas por los Estados nacionales, por lo que poder acceder a estos recursos significó un salto significativo para el *Proyecto de Reducción de Daños de San Martín*. Información: www.theglobalfund.org/es/

⁹ Agustín Barúa Caffarena es un médico y psiquiatra especializado en salud mental comunitaria, que intentó en Paraguay la inclusión de la atención de la salud de los usuarios de drogas en los dispositivos de salud pública. Entre 2008 y 2012 se desempeñó como acompañante de la Red de Equipos de Salud de la Familia.

¹⁰ La Atención Primaria de la Salud, como una estrategia sanitaria de abordaje universal territorial, es muy reciente en Paraguay. Comenzó a implementarse en 2008 a partir de la presidencia de Fernando Lugo (2008-2012), con la creación de la Dirección de Atención Primaria de la Salud en el ámbito del Ministerio de Salud Pública.

¹¹ Fe y Alegría es una federación internacional que se formó en 1960 y promueve la educación popular y la integración social desde una perspectiva religiosa. Comenzó a accionar en Paraguay en 1992 y en la actualidad tiene presencia en ciento treinta lugares de ese país.

¹² Norbert Elías (Bruselas, 1897-1990) fue un sociólogo cuyo trabajo se centró en la relación entre poder, comportamiento, emoción y conocimiento. Véase Elías (1988), una de sus obras de referencia, y Wacquant (2001: 104-119) para una lectura de Elías en la línea que propone Romani.

¹³ Si bien este tema fue parte del diálogo con Romani, el texto final fue tomado de su libro *Las drogas. Sueños y razones* (Romani, 1999: 53). En ese trabajo, el autor elabora la definición de drogas a partir de dos fuentes: la OMS y el reconocido antropólogo Eduardo Menéndez.

¹⁴ En los años en que hace referencia el autor, las estrategias de reducción de daños proponían fuertemente programas de sustitución por metadona para usuarios de heroína. Esto les garantizaba, además de sustancias reguladas, el acceso a una serie de servicios sanitarios y sociales.

¹⁵ El concepto de “micropoder” hace referencia a una trama de poder microscópico, capilar; en la sociedad se dan múltiples relaciones de autoridad situadas en distintos niveles, que se apoyan mutuamente, y se manifiestan de manera sutil. El poder está determinado por el juego de saberes que respaldan la dominación de unos individuos sobre otros. El sujeto está atravesado por relaciones de poder, no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder no sólo reprime sino que también produce efectos de verdad y produce saber. Para lecturas amplias sobre esta categoría de poder, ver Michel Foucault (1980 y 1993).

¹⁶ Manifiesto promovido por el Consejo Europeo de ONGs de Drogas y Desarrollo (ENCOD), la Drug and Peace Institut de Holanda y la Coordinadora por la normalización de la cannabis del Estado Español. El documento se oficializó en 1996 y fue firmado por un centenar de organizaciones de los más diversos perfiles. Entre ellas: Acción Andina y CEPROMI-AVE (Audiovisuales Educativos), de Bolivia; Coordinadora Nacional de Productores Agropecuarios y el Centro Peruano de Estudios Sociales, del Perú; BREMER Institut für Drogenforschung (Universidad Bremen) y Legalize, de Alemania; Droleg, de Suiza; Grupo Abbele, de Italia; Fundación Movimiento Ciudadano Anti-Sida, Jueces para la Democracia y Grup IGIA, de España; Nigerian Independent Drug Observatory, de Nigeria; International Harm Reduction Association, del Reino Unido; Shan Democratic Union, de Tailandia; National Alliance of Methadone Advocates, de los EEUU.

¹⁷ Junkie: término usado en distintos países que hace referencia al sujeto que usa drogas de manera desordenada, compulsiva y al estilo de vida que gira en torno a la consecución de la droga como eje central.

¹⁸ Al hablar de ética de la relación estamos retomando a Montero (2004), quien sistematiza los aportes del campo de las ciencias sociales latinoamericanas de la segunda mitad del siglo XX, de autores como Freire, Dussel, Moreno y Guareschi.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Filho, N. (2006). “Complejidad y Transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones”, en Revista *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 2. Buenos Aires.
- Bourgois, Ph. (2002). “Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of cross-methodological and theoretical dialogue”, en *International Journal of Drug Policy*, núm. 13, pp. 259-269.
- Elías, N. (1988). *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: FCE.
- Fernandes, L. y C. Ribeiro (2002). “Reducao de riscos, estilos de vida junkie y control social”, en *Sociologia, problemas e práticas*, núm. 39, pp. 57-68. Portugal.
- Foucault, M. (1980). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1993). *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Galante A., D. Rossi, P. Goltzman y M. P. Pawlowicz (2009). “Programas de reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva”, en Revista *Escenarios*, núm. 14, pp. 113-121. Universidad Nacional de La Plata.
- Machín, J., R. Merlo y E. Milanese (2000). *Redes que previenen*. Colección Cuadernos para la acción, núm. 1. México: Instituto Mexicano de la Juventud y Centro de Formación en Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Montero, M. (2001). “Ética y política en Psicología: Las dimensiones no reconocidas”, en *Athenea Digital, Revista de pensamiento e investigación social*, núm. 0, pp. 1-10. Disponible en: psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/1/1 [consulta, diciembre de 2012].
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y proceso*. Buenos Aires: Paidós.
- Passos, E. (2010). “Pensar diferentemente o tema das drogas e o campo da saude mental”, en Loiva de Boni Santos (org.) *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: Conselho regional de psicología do Río Grande do Sul.

- Pecheny, M. (2010). "El contexto es el fenómeno: procesos de despolitización de las drogas en Argentina", en G. Touzé y P. Goltzman (comp.) *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*, pp. 17-30. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel: Barcelona.
- Rossi D. y P. Goltzman (2012). *Uso de drogas y VIH. Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación*. Ministerio de Salud de la Nación - Intercambios Asociación Civil. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/investigaciones/drogas-vih.pdf>.
- Rovere, M. (2000). *Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Rosario: Instituto de Salud Juan Lazarte - Secretaría de Salud Pública.
- Sepúlveda Galeas, M. (2010). "Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio", en *El Cotidiano*, núm. 163, pp. 55- 65.
- Sopransi, M. B. (2011). "Criticidad y relación: Dimensiones necesarias de la ética en la psicología comunitaria", en G. Zaldúa, *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Volnovich, J. C. (2008). "Las drogas como analizador de una cultura de consumo", en G. Touzé (comp.) *Visiones y actores del debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Wacquant, L. (2001). "Elías en el gueto negro" en *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos de milenio*. Buenos Aires: Manantial.



Prácticas de trabajo en drogas

De la acción a la reflexión... y vuelta



intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas