ARTÍCULO ESPECIAL

Clínica médica, salud comunitaria

Salud mental y consumos problemáticos

CONSUMOS DE DROGAS: LA ATENCIÓN DESDE UN MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL Y COMUNITARIO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
SSN 2618-4311
Buenos Aires
Garbi S. Consumos de drogas: la atención desde un modelo de abordaje integral y comunitario. *Rev Arg Med* 2021;9(3):174-180
ARK CAICYT: http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/g4d9nd5na

Recibido: 11 de agosto de 2021.
Aceptado: 30 de agosto de 2021.

[1] Socióloga. Doctora en Ciencias Sociales por la UBA. Becaria posdoctoral de Conicet. Integrante de Surcos A.C.

ILLEGAL DRUG CONSUMPTION: HEALTH CARE CONCEIVED AS MODEL OF INTEGRAL AND COMMUNITY APPROACH

Silvana Garbi[1]

Resumen

Este artículo tiene como objetivo presentar los lineamientos del modelo de abordaje integral comunitario para la atención del consumo de drogas que retoma y profundiza el paradigma que se ha iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud, enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria. Será parte de este artículo establecer las diferencias con el modelo médico hegemónico para, lejos de centrar la mirada en las sustancias o en los sujetos, buscar relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas diversas y multideterminadas. También se presentará el marco normativo en relación con la atención de los consumos haciendo hincapié en los factores facilitadores y los obstáculos para su efectiva implementación. Por último, se destacan los ejes del modelo de abordaje integral territorial y sus principales aspectos vinculados a la atención de los consumos desde una perspectiva comunitaria.

Palabras clave. Abuso de drogas, participación comunitaria, vulnerabilidad social.

Abstract

This article aims at presenting the general outline of the comprehensive community approach for drug consumption care, which resumes and goes deeper into the paradigm already initiated in social sciences, collective health, social medicine, and health promotion, stressing the work on the community dimension. This article tries to establish the differences with the hegemonic medical model in order to, far from focusing on substances or consumers, connect health-related aspects with structural dimensions and with multifactorial and diverse subjective experiences. It also presents the regulatory framework in relation to consumers care, focusing on factors enabling consumers to effectively implement it, or conversely, hampering its implementation. Last but not least, the article will highlight the axis of the territorial comprehensive approach and its main aspects connected to drug consumption patients' care from a community perspective.

Key words. *Drug abuse; social vulnerability; community participation.*

La autora manifiesta no poseer conflictos de intereses.

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA
Correo electrónico:
silvanagarbi@proyectosurcos.org

De qué hablamos cuando hablamos de consumos de drogas

Como sabemos, el uso de lo que hoy llamamos *drogas* es una práctica extendida en numerosas sociedades, y así lo ha sido históricamente. Fue corriente el uso de cannabis con propósitos terapéuticos en disímiles y remotas culturas (p. ej., China, India, Egipto). También se sabe de su empleo en ceremonias religiosas; los egipcios utilizaron el opio con fines medicinales; las hojas de coca se usaron en Perú para ceremonias religiosas (1). Utilizadas para estimularse, sedarse, paliar el dolor, experimentar sensaciones placenteras, alterar el estado de ánimo, alucinar, acceder a formas de conocimiento diferentes a las habituales, etc., diferentes sustancias fueron utilizadas desde siempre por varias culturas y sociedades humanas. Así lo evidenciaron autores como Oriol Romaní (2) y Eduardo Menéndez (3), pero también la Organización Mundial de la Salud (OMS). No era precisamente entendido como algo degradante y menos como una enfermedad.

En las sociedades occidentales, recién a partir del siglo XX la toxicomanía es construida como un "problema social" del cual los poderes públicos deben ocuparse.

Sin embargo, las primeras sanciones sobre las sustancias psicoactivas estaban emparentadas a identificar su consumo con cuestiones ajenas a criterios médicos o jurídicos: el consumo se asociaba al vicio o la degradación moral (4), incluso a una desviación (5). Como plantea Peele (6), originalmente, el proceso de punición, que lenta pero constantemente fue incorporándose a las legislaciones de todo el mundo, no se fundamentó en criterios médico-psiquiátricos sino en juicios y prejuicios morales que identificaban la droga con lo más peligroso.

De acuerdo con algunos autores, el consumo de drogas aparece como problema cuando su consumo comienza a representar un peligro y una fascinación (7,8). Dirán que representará un peligro en el sentido de que se encuentra por fuera de toda regulación y/o control, y una fascinación, porque permite incorporar valores y estilos de vida alternativos a los que la sociedad propone.

Así, tanto desde la medicina como desde el derecho, comienzan a esbozarse determinados discursos e intervenciones en cuanto al uso de drogas, cuya función fue tratar el nuevo problema: desde la medicina y los saberes psi a través de tratamientos en general centrados en la persona y la sustancia, y desde el derecho, a través de legislaciones, algunas de ellas con una lógica punitiva, como la Ley 23.737, que penaliza la tenencia para consumo personal y establece un tratamiento como parte de la pena, y la Ley de Salud Mental, que, por el contrario, supuso un cambio de paradigma en el tratamiento de la temática.

Pensar las drogas desde una perspectiva relacional

Es habitual oír que el problema de las drogas es la sustancia: "la droga te atrapa"; "si consumís marihuana empezás una carrera adictiva"; "la droga te hace robar". También se oye poner el énfasis en que la persona que consume "es un adicto/a"; "su personalidad lo predispone al consumo". Sin embargo, centrarse en un solo aspecto lleva a un abordaje parcial y reduccionista que no da cuenta de la complejidad de la problemática. En los últimos años, distintos estudios realizados desde las ciencias sociales sugieren considerar una perspectiva relacional que ponga el foco en la interacción entre tres elementos que forman parte del fenómeno: las sustancias, los sujetos y el contexto.

Desde esta perspectiva, se entiende que los sujetos establecen distintos tipos de vínculos con las sustancias, en determinadas condiciones contextuales y que algunos de ellos son problemáticos y otros no. Pensar esta relación supone, por ejemplo, cuestionar la relación directa del uso de drogas y el consumo problemático; también supone no sólo qué consume, cuánto y con qué frecuencia, sino también con quiénes, dónde, cómo, si sabe/puede regular su consumo, cómo es el contexto micro y macrosocial de ese consumo, qué significados le da al consumo, si posee redes de contención u otros mecanismos protectores; si conoce sus derechos; si posee derechos vulnerados; de qué género y clase social es la persona que consume; entre otras tantas cuestiones.

En este sentido, no es lo mismo el consumo denominado *ritual* en los pueblos originarios que en contextos de pobreza urbana en el capitalismo contemporáneo, como tampoco lo es en poblaciones marginalizadas de los países centrales que en Latinoamérica. Esta definición del consumo de drogas, a diferencia de las precedentes, comienza a correr el foco del problema a la sustancia en sí: el consumo no está provocado por el sujeto ni por la sustancia ni por un único condicionante social, sino que es un fenómeno multidimensional que lleva a complejizar la mirada acerca de la salud desde una perspectiva integral, multidisciplinaria, colectiva y en términos relacionales.

Lo determinante no es entonces el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe. Así, existen varios modos de consumo, que comprenden las frecuencias y cantidades, pero también el tipo de compromiso en el uso de la droga definido por un sistema de relaciones, con sus rituales y sus sanciones organizadas alrededor de la toma del producto (8).

El carácter polifacético y complejo del consumo de drogas demanda emplear enfoques cada vez más inclusivos, y que den cuenta de los múltiples escenarios donde ocurren esos consumos, lo que requerirá como primer paso deshacerse de prejuicios y miradas estigmatizantes que permitan adentrarse en la problemática desde una mirada integral y compleja.

Cuándo un consumo es problemático

Desde esta perspectiva, una conceptualización de las drogas es la que las define como un conjunto de sustancias químicas que, al incorporarse al organismo, producen una variabilidad de efectos complejos relacionados con la sustancia que se consume, el sujeto consumidor y el contexto en que tienen lugar las prácticas de consumo (OMS), pero que además:

"[… sus] consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales […] elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas" (9).

A la vez podemos denominar *adicciones* a las situaciones en que las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. En el caso de la dependencia de las drogas, se suele relacionarla con un determinado estilo de vida y no sólo con un tipo y efecto farmacológico de una sustancia sobre el individuo. Como vemos también aquí, lo farmacológico tiene un papel importante, pero no es el único factor causal de la dependencia. A través de una mirada socioantropológica, Romaní (2) sostiene que la adicción o toxicomanía es un estado complejo que desarrollan ciertas personas usuarias de drogas, en el que influyen las propiedades farmacológicas de las sustancias usadas, el entorno social y las experiencias personales.

En relación con la dimensión del consumo, en los últimos años se ha acuñado el concepto de *consumos problemáticos*, que resulta más específico y descriptivo porque atiende de no ya al objeto de consumo, sino a las situaciones y conductas de consumo que afectan la salud de las personas y sus relaciones sociales. Este concepto forma parte de la normativa vigente sobre los consumos. De hecho, la Ley 26.394, conocida como Plan IACOP[1], considera que los consumos problemáticos son aquellos que –mediando o no sustancia alguna– afectan en forma crónica la salud física o psíquica del sujeto y/o las relaciones sociales. A la vez entiende que los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones a o abusos de alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales– o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado como compulsivo por un profesional de la salud.

Esta definición no sólo corre del foco las sustancias e introduce otros objetos de consumo, sino que también introduce la noción de que existen consumos problemáticos y consumos que no son problemáticos. La Ley 26.394 crea asimismo el Plan IACOP, que en consonancia con la Ley de Salud Mental determina objetivos de abordaje centrados en la prevención, la asistencia integral y el amparo de derechos, así como un modelo de abordaje de reducción de riesgos y daños con anclaje territorial y comunitario.

Respuestas terapéuticas a los consumos en la Argentina

Las últimas décadas se han caracterizado por la proliferación de instituciones de salud de diversas características y modalidades de atención en relación con los usos de drogas. En términos generales, los tratamientos existentes incluyen terapias del comportamiento, medicación psiquiátrica o una combinación de ambos. La variedad de las modalidades de atención comprende desde la atención en guardias de un hospital general hasta centros de desintoxicación. Desde la modalidad terapéutica con internación parcial (hospital de día y de noche) y las terapias ambulatorias hasta prolongadas internaciones en centros especializados en adicciones (granjas de rehabilitación, comunidades terapéuticas[2], hospitales públicos monovalentes, entre otros).

En la mayoría de los casos, estos dispositivos trabajan desde el paradigma abstencionista, que exige la supresión del uso de las drogas como condición de inicio para cualquier tratamiento, y centran sus terapéuticas en la modificación de la conducta que llaman adictiva. El abstencionismo fue prácticamente el único modelo de intervención sociosanitaria hasta fines del siglo XX, cuando surgieron algunas experiencias basadas en el modelo de reducción de daños.

El modelo de reducción de daños se define a partir de la imposibilidad actual, transitoria o permanente, que tienen algunos usuarios de abandonar las drogas, reconociendo el derecho del sujeto a continuar con el consumo y la necesidad de minimizar el daño que este produce en el sujeto y/o en otros (10,11). La reducción de daños surge principalmente como una estrategia para prevenir la propagación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en usuarios de drogas inyectables, y promueve la adopción de prácticas de consumo seguras (p. ej., proveyendo jeringas esterilizadas) y la sustitución de determinadas sustancias por otras menos nocivas para la salud.

[1] Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos promulgado en 2014.

[2] Para una mayor profundización sobre la modalidad terapéutica provista en la Argentina en general y en relación con los tratamientos en comunidades terapéuticas en particular, se recomienda la lectura de Garbi S. *De aislamientos y encierros. Modos legos y expertos de tratar los consumos problemáticos de drogas.* Editorial TeseoPress; 2020. Disponible en: https://www.teseopress.com/drogas/

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

En la Argentina, en los primeros años del siglo XXI, tanto desde dependencias estatales como desde la sociedad civil, comenzaron a desarrollarse respuestas alternativas al paradigma abstencionista, que priorizan los abordajes ambulatorios y localizados en territorios vulnerabilizados por sobre los tratamientos de internación. De esta manera, el paradigma prohibicionista-abstencionista, hegemónico durante el siglo XX, dio lugar a otros enfoques que entienden el abordaje del consumo de drogas como una cuestión de inclusión social. Este cambio de enfoque ha sido promovido también por algunos organismos y redes internacionales, como la CICAD, la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (Raisss) y la Red Iberoamericana de oenegés que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD), que proponen lineamientos para desarrollar un modelo de abordaje comunitario de los consumos de drogas. Actualmente ambos paradigmas coexisten en la atención de los consumos. Si bien el abstencionismo sigue siendo el modelo hegemónico en la atención de los centros de *rehabilitación*, se ha observado que se incorporaron algunos aspectos del modelo de reducción de daños en algunos tratamientos (p. ej., mayor tolerancia en las *recaídas*).

Del modelo médico hegemónico al modelo de abordaje integral y comunitario[3]

Adoptar la perspectiva relacional y un abordaje integral y territorial de los consumos implica correrse del paradigma del modelo médico hegemónico (12) y situarse, en cambio, en un modelo de abordaje centrado en la comunidad.

El modelo médico hegemónico (MMH) es definido por Menéndez como:

> *"[…] el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado" (13).*

A partir de su extenso trabajo de campo en la investigación sobre experiencias de gestión de la salud pública en América Latina, Menéndez estableció que el MMH presenta una serie de rasgos estructurales que modelan las relaciones que se dan al interior de su desarrollo. Los principales son:

> *"[…] biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y las tendencias inductivas al consumo médico" (13).*

Si se observan las características del MMH, es dable pensar que una política que pretenda adoptar una perspectiva relacional en materia de drogas necesariamente debe situar su intervención desde un modelo que tome en consideración la *mirada médica como una de las variables entre muchas otras*. En este sentido, el modelo de intervención que se adopte debe considerar las características de las personas, las familias, el medio social, cultural y ambiental, así como los servicios de salud y la influencia de factores sociales, políticos y económicos, entre otros.

Asimismo, dada la complejidad del trabajo en los territorios y la tensión constante entre lo colectivo y lo singular de cada contexto, la intervención tiene que tomar la propia comunidad como su pieza fundamental. Lejos de un abordaje biologicista, individualista, ahistórico y que no tome en consideración el saber de la propia comunidad, se busca promover una intervención comunitaria en salud realizada con y desde la comunidad mediante un proceso de participación.

El abordaje integral en el ámbito de la salud implica un conjunto de acciones individuales y colectivas que incluyan a todos los sujetos que participan en los procesos de salud-enfermedad-cuidado. Supone, entonces, llevar adelante acciones orientadas a promover la salud y reducir riesgos y daños mediante estrategias específicas tanto para el desarrollo territorial como para cada uno de los niveles de atención del sistema de salud (primario, secundario y terciario), de modo que los procesos de salud-enfermedad-cuidado no se limiten o agoten en los ámbitos clásicos del sistema de salud, sino que sean parte de la vida cotidiana de los sujetos. De esta manera, se comprende el proceso de salud-enfermedad-cuidado desde el enfoque de derechos para diseñar estrategias que consideren la fragilidad social, política y/o jurídica de las personas y la promoción, protección y/o garantía de sus derechos de ciudadanía (13).

[3] Este apartado es una adaptación de un artículo previo coescrito por la autora. Para mayor detalle ver: Sedronar. *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*; 2019.

De este modo, las necesidades evocadas por los sujetos atraviesan un conjunto de aspectos que trascienden la problemática de consumo (vivienda, trabajo, educación, seguridad, entre otros). Priorizar la voz de los sujetos a la hora de diseñar las intervenciones implica vislumbrar estas necesidades y propiciar acciones para atenderlas, incluyendo de forma activa a las personas en todo el proceso. Asimismo, el abordaje integral de la problemática requiere comprender su inevitable vinculación con el sufrimiento y el dolor, al mismo tiempo que acompañar el proceso de reconstrucción de la red social de apoyo. Las oportunidades de circulación por redes institucionales e intersubjetivas otorgan las herramientas para construir proyectos propios, individuales y colectivos, que reducen el padecimiento de los sujetos con esta problemática.

La Ley de Salud Mental: un cambio de paradigma en la atención de los consumos

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 fue sancionada en noviembre de 2010 y reglamentada en mayo de 2013. Diversos autores concuerdan con que a través de esta legislación se ampliaron los derechos de las personas usuarias de drogas. De hecho, esta legislación regula los derechos de las personas con padecimiento en su salud e incluye los consumos problemáticos como parte de las intervenciones en esta materia estableciendo todos los derechos y garantías en su relación con los servicios de salud. Asimismo, llevó a revisar las intervenciones profesionales para generar prácticas inclusivas enmarcadas en la perspectiva de derechos humanos. En consecuencia, hubo un desplazamiento desde el modelo médico hegemónico de la salud. Por ejemplo, al considerar el modelo de reducción de riesgos y daños como más idóneo que el abstencionismo y al asumir la complejidad de la problemática y la singularidad de cada sujeto, cobró importancia la decisión individual respecto de la modalidad de tratamiento más acorde a las posibilidades personales. Por lo tanto, este modelo es superador de los tratamientos idénticos y homogéneos; no busca exclusivamente como resultado la abstinencia, sino que se establecen objetivos alternativos que contemplan adoptar prácticas menos dañinas y de autocuidado, acceder a la información y la equidad en la atención, valorar los vínculos solidarios y participar en los procesos de toma de decisiones.

Por otro lado, la ley rompe con la lógica manicomial que ha abonado por años prácticas y respuestas alienantes para las personas con trastornos mentales, perpetuando el estigma y la exclusión de estos grupos poblacionales. Prioriza el abordaje centrado en la comunidad, para lo cual promueve el acceso a diversas redes sociales de apoyo para las personas con trastornos mentales y la necesidad de que las políticas públicas destinadas a la población fortalezcan los lazos afectivos en las propias comunidades de las personas usuarias del sistema.

Asimismo, la Ley define la problemática de salud mental desde un enfoque complejo, lo que implica el reconocimiento de su constitución sociohistórica y la convergencia de distintos actores, capitales, intereses y representaciones en su constitución. Entender la salud mental desde esta complejidad implica generar estrategias de abordaje integrales y basadas en la protección de derechos. En este sentido, se abandona la supremacía de las disciplinas hegemónicas en la dirección de los tratamientos para dar paso a metodologías de intervención y acompañamiento basadas en la interdisciplina y la intersectorialidad, en las cuales se corresponsabiliza a todos los integrantes del equipo de salud sobre las decisiones terapéuticas, involucrando a otros actores de la comunidad y áreas del Estado que trascienden el ámbito de la salud. En este sentido, se propone la participación activa de todas las áreas involucradas en la temática, como las relacionadas con la vivienda, la educación, la familia, el empleo y el desarrollo social, a fin de garantizar un abordaje que se oriente al fortalecimiento, restitución y/o promoción de lazos sociales.

Con muchas similitudes a los lineamientos de la Ley de Salud Mental, en mayo de 2014 se promulgó la Ley 26.934, conocida como la Ley IACOP, que crea el Plan de Abordaje Integral de Consumos Problemáticos. A partir de esta legislación se promueven ciertos cambios estratégicos en cuanto a la prevención –por ejemplo, a través de la creación de centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos, con abordaje territorial, abiertos en horarios nocturnos, etc.–, la asistencia –que entre otros objetivos prioriza los tratamientos ambulatorios, y promueven la perspectiva de derechos en sus tratamientos– y programas de integración laboral y educativa para quienes hayan tenido consumos problemáticos y se encuentren en una situación de vulnerabilidad social.

Sin embargo, y pese al compromiso de diferentes actores sociales y a lo auspicioso de estos cambios, la plena implementación de estos enfrenta varios obstáculos. Entre ellos, las fuertes resistencias ideológicas que asocian la salud mental al peligro y que naturalizan la internación como recurso inicial, los procesos de medicalización de los procesos sociales, la poca participación de los actores y la creencia de que les usuaries de los servicios de salud son incapaces de tomar decisiones (14); la escasez de otros dispositivos y recursos humanos que puedan hacer frente a la demanda generada por una política de base territorial y ambulatoria; la fragmentación de las instituciones y la escasa articulación interministerial y entre distintas instituciones –hospitales, centros comunitarios, centros de día, paradores, escuelas– para dar respuesta a las demandas de los sujetos; como también para que puedan salvaguardar la vida de los jóvenes cuando las condiciones de vida barriales los exponen a diferentes peligros, sin necesidad de recurrir al encierro.

Asimismo, la impronta de la ley vigente y del paradigma de externación favorece que la atención terapéutica de las personas usuarias de drogas combine modalidades ambu-

latorias y de internación especializadas en adicciones, con la atención en los hospitales generales, y/o en otros centros de salud. Sin embargo, suele advertirse cierta resistencia de estas instituciones –no especializadas– a intervenir con esta población. Esta situación lleva a que cuando una persona usuaria de drogas debe ser atendida por alguna patología asociada o no a su consumo (tuberculosis, herida, fractura, etc.) sea derivada de una institución a otra, muchas veces sin que se atienda la demanda.

Por otro lado, tampoco se han revisado los lineamientos de las instituciones con cierto grado de clausura, como las comunidades terapéuticas y los hospitales psiquiátricos; estas instituciones aún están muy legitimadas en la atención de les usuaries de drogas. Esta situación también entra en tensión con los cambios propuestos.

Más allá de estos obstáculos, los cambios en el marco normativo han impulsado la proliferación de intervenciones desde abordajes más inclusivos e integrales con anclaje comunitario.

El modelo de abordaje integral territorial

El modelo de abordaje integral territorial se instaura entre las últimas décadas del siglo XX y la actualidad, con experiencias de intervención y abordajes teóricos que buscan relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas, y que se contrapone con lo que se definió como el modelo médico hegemónico descripto (13). Como desarrollamos anteriormente, el modelo basado en un abordaje comunitario busca profundizar el paradigma iniciado en las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas pero enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria[4].

El modelo integral comunitario incorpora el contexto en el que se dan las prácticas de consumo y apunta, por consiguiente, a prevenir, anticipándose a los efectos que pueden ocasionar estas condiciones. Por este motivo, su énfasis se ubica, fundamentalmente, en el enfoque de la prevención inespecífica, enfoque que el modelo amplía con los desarrollos de la promoción de la salud. Este enfoque considera la salud como un recurso para la vida, no como el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, y no sólo las condiciones físicas (13).

A su vez, el abordaje territorial en materia de prevención y abordaje de los consumos problemáticos se rige por un conjunto de principios que guían la intervención en el territorio. Estos principios se adecuan al marco normativo internacional y nacional en materia de atención de la salud mental en general y de los consumos problemáticos en particular, como desarrollamos antes. Entre estos principios están los siguientes: la universalidad de los derechos, integralidad, reducción de vulnerabilidades, trabajo en red e intersectorialidad, accesibilidad y bajo umbral, participación social y comunitaria, perspectiva de género y enfoque intercultural.

Las acciones impulsadas desde un abordaje territorial contemplan actividades de promoción y acceso a derechos, como la salud, la educación, la cultura, el deporte y el trabajo, entre otros, para construir propuestas a las que puedan acceder todos los ciudadanos en tanto sujetos de derechos a través de un trabajo en red e intersectorial, que promueva la participación comunitaria con una perspectiva de género y un enfoque intercultural. Los dispositivos de abordaje territorial, además, deben garantizar la accesibilidad y ser de bajo umbral, es decir, exigir *menos* para brindar el acceso a un servicio. Para esto, resulta necesario generar espacios comunitarios que no estén estigmatizados y que ofrezcan diversas propuestas desde la perspectiva de la inclusión social. El bajo umbral puede estar dado por distintos criterios y es la clave para generar oportunidades de accesibilidad: la proximidad geográfica, la amplitud horaria, la documentación necesaria para acceder, el trato brindado por las y los profesionales y trabajadores, las actividades propuestas, las normas y requisitos para el ingreso y la participación, las representaciones sociales asociadas al espacio, etcétera.

Actualmente existen distintos dispositivos de abordaje territorial de los consumos impulsados tanto desde la esfera pública como desde organizaciones de la sociedad civil.

La primeras iniciativas surgieron desde la sociedad civil en la década de 1990 implementando programas asociados al paradigma de reducción de riesgos y daños: en Rosario, a partir del trabajo de la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), en Buenos Aires, mediante la asociación civil Intercambios para el Estudio y la Atención de Problemas Relacionados con las Drogas. Luego se sumaron otras experiencias a partir del impulso de otras organizaciones como la Fundación Convivir, localizada en la villa 21-24 de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires (CABA), el centro de día La Otra Base de Encuentro, ubicado en el barrio del Bajo Flores, y la Federación Familia Grande “Hogar de Cristo”, que lleva adelante el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

En la esfera pública, las iniciativas fueron impulsadas años más tarde desde la Sedronar. Estas acciones tomaron lugar desde 2014 tras la sanción de la ley que creó el Plan IACOP y posibilitó que comience a estructurarse una política pública del Estado con énfasis en el fortalecimiento de los

[4] Para profundizar en este aspecto se sugiere la lectura de: Sedronar. *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos. Una experiencia de política pública*; 2019.

vínculos comunitarios. Esto se efectivizó mediante la creación de distintos programas y dispositivos territoriales que, con algunas variantes, siguen vigentes.

Conclusión

Desde la salud comunitaria se promueve una mirada y abordaje de los consumos que invita y sugiere considerar una serie de aspectos, como los propuestos por Camarotti y Kornblit (13):

- Entender el consumo de drogas como un proceso multidimensional en el que interjuegan la sustancia, los procesos individuales del sujeto y la organización social.
- Poner el énfasis en la prevención y en la promoción de la salud en el ámbito grupal, más que en el nivel asistencial individual.
- Trabajar siempre promoviendo la participación de la comunidad en los proyectos e intervenciones.
- Comenzar por la disminución de los daños que acompañan el consumo de drogas, en pos de modificar la relación y/o la postura de los sujetos con estas.
- Identificar y trabajar para modificar las condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas, buscando potenciar la seguridad, las relaciones sociales y generando participación y autonomía en los sujetos.
- Trabajar intersectorialmente fortaleciendo las redes para generar mayores y mejores resultados y compartiendo con los distintos sectores las responsabilidades.
- Procurar comprender las concepciones del mundo de las personas a las que están dirigidos los programas, dado que la ausencia de mundos compartidos dificulta alcanzar pertinencia en las intervenciones.
- Favorecer la capacidad de agencia de los individuos y los grupos, confiando en la capacidad de las personas vulnerabilizadas de producir formas de cuidado, protección y seguridad.

La complejidad de la problemática ligada a históricas vulneraciones de derechos obliga, entonces, a orientar las prácticas hacia propuestas singulares y comunitarias que posibiliten el acceso, la restitución y el ejercicio de los derechos, propiciando para ello, de manera comunitaria, una puesta en cuestión de los imaginarios colectivos sobre los consumos y las personas usuarias.

Resulta evidente, entonces, que el abordaje integral excede un campo único de conocimientos o instituciones específicas y, en virtud de la complejidad de la problemática, exige un abordaje interdisciplinario e interactoral. RAM

Referencias bibliográficas

1. Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial; 1989
2. Romaní O. *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel; 1999
3. Menéndez E. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Editorial Alianza Mexicana; 1990
4. Del Olmo R. *La cara oculta de la droga*. Bogotá: Editorial Temis S.A.; 1988
5. Becker H. *Los extraños: Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo; 1971
6. Peele S. Addiction as a cultural concept. *Annals of the New York Academy of Science* 1990;602:205-20
7. Lapegna P, Viotti N. *La figura del toxicómano en el discurso médico-legal de la argentina finisecular*. Buenos Aires: Mimeo; 2001
8. Castel R, Coppel A. Los controles de la toxicomanía. En: Ehrenberg A, compilador. *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1994, p. 221-38
9. Romaní O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva* 2008;4:301-18
10. Touzé G. Saberes y prácticas sobre drogas. *El caso de la pasta base de cocaína.* Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas; 2006
11. O'Hare PA, Riley O. Reducción de daños. Historia, definición y práctica. En Inchaurraga S, compiladora. *Drogas y políticas públicas. El modelo de reducción de daños.* Buenos Aires: Espacio Editorial; 2001
12. Menéndez E. Modelo médico hegemónico y atención primaria. En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud 1988*. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf. [Último acceso: junio de 2021.]
13. Camarotti A, Kornblit A. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva* 2015;11:451-2. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n2/211-221/es/. [Último acceso: junio de 2021.]
14. Pawlowicz MP. Ley de Salud Mental. Apuesta a un cambio de paradigma y oportunidades para una reforma en las políticas de drogas. *Revista Voces en el Fénix* 2015:42