Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Araceli A. Galante
araceligalante@gmail.com

La regulación de la atención por uso de drogas y el desarrollo del modelo de atención de las comunidades terapéuticas de la región Gran Buenos Aires en la década del 90

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Salud Mental Comunitaria del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis
Diana Rossi

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa).
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa).

Cita sugerida

Galante, A. (2013). *La regulación de la atención por uso de drogas y el desarrollo del modelo de atención de las comunidades terapéuticas de la región Gran Buenos Aires en la década del 90* (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en https://doi.org/10.18294/rdi.2020.174046

Condiciones de uso
www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

Tesis de Maestría:

"La regulación de la atención por uso de drogas y el desarrollo del modelo de atención de las comunidades terapéuticas de la Región Gran Buenos Aires en la década del '90"

Maestranda: Lic. Araceli A. Galante

Directora de Tesis: Diana G. Rossi

Lanús, febrero de 2013

Agradecimientos

A los compañero/as y docentes de la Maestría en Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, con quienes compartimos horas de reflexión sobre la atención de la salud mental en Argentina.

Al Programa de Becas de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, al Programa Fogarty Internacional del Nacional Institutes of Health y a la Federación Internacional de Universidades Católicas, por los espacios de capacitación, investigación y de discusión que posibilitaron.

A los compañeros y alumnos del Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social y del Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, por compartir esfuerzos en la investigación y en la discusión de la atención por uso de drogas en Argentina.

Al equipo de Intercambios Asociación Civil, por transmitirme la pasión y el compromiso en la promoción de los derechos de los usuarios de drogas: a Paula Goltzman por ayudarme a comprender las prácticas de uso de drogas, promoviendo prácticas de cuidado; a Graciela Touzé y a Alejandro Corda, por haber compartido sus reflexiones sobre las políticas de drogas y a María Pía Pawlowicz, por trasmitirme la preocupación por la rigurosidad científica en la investigación y claro, por su generosidad, su paciencia y su amistad.

Muy especialmente, a Diana Rossi por haber orientado este trabajo, contener mis angustias y alentarme a seguir adelante, con paciencia, cariño y afecto.

A mis compañeros en la vida: Ricardo y Agustín, por las horas que he pasado con ellos al escribir este trabajo.

Y a todos a quienes está dirigido este trabajo, y el trabajo de todos aquellos que colaboraron conmigo, de muy diversas formas: a las personas que usan drogas y los especialistas que trabajan en la atención de su salud.

INDICE

INDICE *2*

INTRODUCCION *6*

PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL *10*

Capítulo 1 Modelos de atención por uso de drogas *10*

1.1 El proceso salud-enfermedad-atención **10**

1.2 Los elementos del campo de la salud mental en los modelos de atención **11**

1.2.1 Las formas históricas del daño mental 12
1.2.2 Las disciplinas 12
1.2.3 Teorías y saberes 13
1.2.4 Prácticas terapéuticas 14
1.2.5 Las instituciones 14
Las formas de organización institucional 15

1.3 Los modelos de atención por uso de drogas: un enfoque antropológico **17**

1.3.1 La medicalización del problema de las drogas 19
Los hospitales psiquiátricos: surgimiento, consolidación y crisis 21
1.3.2 La autoatención por uso de drogas. 26
1.3.3 Las comunidades terapéuticas: un modelo alternativo 30
Las CT en el campo de la salud mental 30
Las CT en el campo de la atención por uso de drogas 33
El modelo norteamericano de CT: Daytop Village 33
El modelo italiano de CT: el Proggetto Uomo 34
Teorías y saberes tradicionales en la construcción del modelo 35
La concepción ética y moral del problema de las drogas 37

Capítulo 2 Las políticas de atención por uso de drogas *41*

2.1 Estado y políticas públicas **41**

2.2 La cuestión de las drogas: surgimiento y puntos de inflexión (1960-1988). **44**

2.2.1 El surgimiento de la cuestión de las drogas 44
2.2.2 Un punto de inflexión: el problema de las drogas como amenaza a la seguridad nacional 46
2.2.3 La diversificación y la expansión de la asistencia por uso de drogas 47

Capítulo 3 La reforma del sistema de salud *49*

3.1 La necesidad de las reformas en los países centrales **49**

3.2 La reforma del Estado en Argentina **52**

3.2.1 La reforma del sistema de salud 56
La conformación del sistema de salud 56
Las políticas sanitarias en los '90 57

Capítulo 4 Metodología *61*

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS *67*

Capítulo 5 El problema de las drogas en los ´90 ..... *67*

5.1 El debate en torno a la cuestión de las drogas y la modificación de la legislación penal 70

5.1.1 El uso de drogas como delito y como enfermedad 71

5.1.2 La atención sanitaria del problema 74

5.2 La SE.DRO.NAR. 75

5.2.1 El Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales 76

5.2.2 La ampliación de la cobertura sanitaria por uso de drogas y la regulación de la asistencia 79

Las Normas mínimas de habilitación de establecimientos preventivos asistenciales en drogadependencia 79

Capítulo 6 La regulación de la asistencia por uso de drogas *82*

6.1 La segunda Reforma del Estado 82

La intervención del Estado en el mercado de salud: el Programa Médico Obligatorio 83

La estrategia antidrogas en el Hemisferio 85

6.2 La expansión del área de incumbencia de la SE.DRO.NAR. en la Segunda Reforma del Estado 86

6.2.1 La coordinación de las políticas de drogas 86

6.2.2 La regulación de la calidad de los servicios de asistencia 87

6.3 Las normas de calidad de la atención por uso de drogas 89

6.4 La inclusión de las comunidades terapéuticas en la categorización de los establecimientos asistenciales 97

6.5 La capacidad institucional de la SE.DRO.NAR. para regular la atención por uso de drogas 100

6.5.1 La visión de los operadores socioterapéuticos 100

6.5.2 La visión de los especialistas que trabajaban en la SE.DRO.NAR. 104

6.5.3 Discusiones en torno a la duración del tratamiento 107

6.5.4 Discusiones en relación a las normas de las CT 110

Capítulo 7 Los cambios en el proceso de admisión a las CT *112*

7.1 La admisión en el Proggetto Uomo: un cambio de vida 112

7.2 Las tensiones entre equipos terapéuticos y jurídicos 115

7.2.1 Las tensiones en los centros de admisión 115

7.2.2 Las tensiones en las CT 117

7.3 Los cambios en la composición de la población atendida por las CT: la definición de criterios de ingreso 120

7.3.1 El debate sobre la pertinencia de la CT para la atención de niños, niñas y adolescentes 122

7.3.2 La pertinencia de la CT para la atención de personas con "patología dual" 126

7.3.3 La definición de los criterios de ingreso y la articulación inter-institucional 127

Capítulo 8: La incorporación de especialistas tradicionales en la CT *130*

8.1. Del *adicto recuperado* al *operador socioterapéutico*: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización 130

8.1.1 Disputas en torno al reconocimiento oficial de los OST como profesionales 132

8.2 Tensiones entre especialistas tradicionales y OST 134

8.2.1 Tensiones en la comprensión del problema de las drogas 135

8.2.2 Tensiones en las prácticas destinadas a la atención por uso de drogas 137

8.3 El encuentro entre OST y especialistas tradicionales: el equipo interdisciplinario.....141

CONCLUSIONES*..... *144

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS*..... *151

BIBLIOGRAFIA*..... *152

INTRODUCCION[1]

En Argentina pueden encontrarse una gran diversidad de propuestas asistenciales dirigidas a los usuarios de drogas. Entre los dispositivos residenciales, las comunidades terapéuticas son reconocidas por constituir una oferta *especializada* para la atención del uso problemático de drogas (Galante y otros, 2010).

Las comunidades terapéuticas (CTs) representaron una alternativa frente a las *"*estrategias de entretenimiento, es decir del mantenimiento del paciente y del interno dentro de la autogeneración de la enfermedad y los cuidados*"* (Saraceno*,* 2003:129) en los hospitales psiquiátricos, por basarse en la potencialidad del grupo de pares para transformar la vida de cada uno de los residentes. La concepción holística del problema y la incorporación de operadores socioterapéuticos (quienes en su mayoría habían sido usuarios de drogas) eran elementos de su modelo que diferían del enfoque biomédico (centrado en la dimensión física de los padecimientos) predominante en el sistema de atención de la salud mental en el país (Galante y otros, 2010).

En Argentina, las CTs comenzaron a implementarse a fines de la década del ´60, por recomendación de la Organización Mundial de la Salud. Pero un clima de creciente violencia política, las acusaciones de *comunistas* y *subversivos* alcanzaron a quienes llevaban adelante las experiencias innovadoras, que fueron desarticuladas (Carpintero y Vainer, 2005; Alberdi, 2003).

En la década del ´80, el gobierno nacional, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, impulsó la capacitación de especialistas en la atención por uso drogas (entre los que se incluyeron referentes de las comunidades de vida) en un modelo desarrollado por el Centro Italiano de la Solidaridad (CeIS)-el Proggetto Uomo-en Roma. Con el tiempo, muchos de ellos fundaron nuevas CTs, constituyendo una importante oferta asistencial para los usuarios de drogas en el ámbito de la sociedad civil (Touzé, 2006).

---

[1] Esta versión de la tesis incorpora señalamientos efectuados por los jurados, en sus dictámenes.

En los ´90 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR.) incorporó a las CTs como prestadoras de un programa de becas de internación para usuarios de drogas de bajos recursos económicos. Esta política era congruente con los principios neoliberales que orientaron la reforma del Estado en Argentina. Estos principios sostenían que las ONGs eran más eficientes que las instituciones estatales en la implementación de las políticas sociales (Banco Mundial, 1993).

En 1997, la SE.DRO.NAR. y el Ministerio de Salud y Acción Social categorizaron a las CTs como "centros preventivo asistenciales de la drogadependencia" (Resolución Conjunta 361-153/97 Ministerio de Salud y Acción Social-SE.DRO.NAR.) permitiendo que se constituyeran en prestadoras de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga. Para las CTs, la inclusión en el sistema de salud significó una oportunidad para consolidarse en el campo de la atención por uso de drogas. Pero también implicó la aceptación de normas (disposiciones relativas a la duración de los tratamientos, obligatoriedad de incluir a profesionales tradicionales -médicos, psiquiatras, psicólogos- en los equipos terapéuticos, procedimientos de ingreso y egreso, etc.) que podían modificar su modelo de atención.

En este trabajo, me propongo analizar las tensiones, conflictos y contradicciones introducidos por la regulación de la atención sanitaria por uso de drogas en las características de los especialistas, de las prácticas terapéuticas y de la organización de las comunidades terapéuticas de la Región Gran Buenos Aires en el período 1990-1999. Para ello me propongo:

1. Analizar la concepción sobre el uso y los usuarios de drogas, la definición de las disciplinas que deben ocuparse de su tratamiento y de las características que deben tener las comunidades terapéuticas en el texto de las **normas** formuladas por autoridades nacionales en el período 1990-1999.

2. Analizar las tensiones, conflictos y contradicciones que la regulación de la calidad de la atención por uso de drogas introdujo entre formas organizativas burocratizadas y artesanales en la **organización** de las comunidades terapéuticas.

3. Analizar las tensiones, conflictos y contradicciones que la regulación de los recursos humanos destinados a la atención por uso de drogas introdujo en la definición de los

especialistas considerados adecuados para atender el problema, y en el funcionamiento de los equipos de atención.

4. Analizar las tensiones, conflictos y contradicciones que la regulación de la atención por uso de drogas introdujo en las **prácticas terapéuticas** de las instituciones en estudio.

La primera parte del trabajo presenta el marco conceptual que guió el estudio. En el primer capítulo se plantea que los elementos del campo de la salud mental desarrollados por Emiliano Galende (1990): formas históricas del daño mental, disciplinas, teorías y saberes, prácticas terapéuticas e instituciones son elementos constitutivos de los modelos de atención en salud mental. Desde un enfoque antropológico, que retoma las ideas desarrolladas por Eduardo Menéndez (1990) se exponen los modelos de atención por uso de drogas más relevantes: el modelo biomédico, la auto-atención y la comunidad terapéutica.

El segundo capítulo se centra en las políticas de drogas en Argentina hasta la década del ´90.

El capítulo tercero presenta los lineamientos de la reforma del sistema de salud, en el marco del proceso de Reforma del Estado, en la década del ´90.

En el capítulo cuarto se describe la metodología utilizada.

La segunda parte presenta los resultados del estudio. El capítulo quinto analiza los cambios en el desarrollo de la cuestión de las drogas en la década del ´90: la concepción del problema, la legislación y las instituciones destinadas a la atención de los usuarios de drogas.

El capítulo sexto sintetiza las normas de calidad elaboradas por el Ministerio de Salud y Acción Social y la SE.DRO.NAR. en la década del ´90 y se presenta la perspectiva de los especialistas entrevistados sobre la capacidad institucional de la SE.DRO.NAR. para regular la atención por uso de drogas. También se analiza su discurso sobre las tensiones entre el sistema judicial, los equipos de admisión y auditoría de organismos gubernamentales y de obras sociales y los equipos terapéuticos de las CT.

En el capítulo séptimo se describe el punto de vista de los entrevistados sobre los cambios en el proceso de atención de las CTs, especialmente en el ingreso y en el tratamiento residencial de los usuarios de drogas. Finalmente, en el capítulo octavo, se analizan las tensiones

y las contradicciones introducidas por la incorporación de especialistas tradicionales en los equipos de atención de las CTs (en particular psicólogos, médicos y psiquiatras).

Las conclusiones del estudio buscarán aportar a la comprensión del modelo de las comunidades terapéuticas y al modo en que las políticas públicas contribuyen a la consolidación o a la transformación de los modelos de atención en salud mental, particularmente, de la atención por uso de drogas.

PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL

Capítulo 1 Modelos de atención por uso de drogas

1.1 El proceso salud-enfermedad-atención

Para comprender la relación entre las políticas públicas y la construcción de modelos de atención de un problema de salud, es importante considerar que las causales específicas de los padecimientos, las formas que una sociedad elabora para su atención y los sentidos que les otorga, no son sólo hechos biológicos, sino que son parte de un proceso social (Menéndez, 1994).

Los padecimientos, las formas de enfermar y morir son hitos significativos para los sujetos. Por eso, todas las sociedades, de acuerdo a su cosmovisión del mundo, han construido explicaciones sobre ellos que son inseparables de la explicación sobre los tratamientos[2]. Para Menéndez (1994), el *proceso salud-enfermedad-atención* (s/e/a) es un universal, respecto del cual las sociedades construyen acciones, técnicas e ideologías, de manera que la racionalidad de las instituciones de salud no es técnica sino sociocultural.

El nacimiento, la enfermedad y la muerte son experiencias que organizan la vida cotidiana y las identidades de los sujetos y conjuntos sociales, de modo que resultan estratégicas para la construcción de procesos de *hegemonía* (Menéndez, 1994). Este término hace referencia a las relaciones de poder activamente construidas entre los sectores dominantes y subalternos

[2] Por ejemplo, cuando se explica a las enfermedades por la influencia de espíritus malignos, los tratamientos pueden incluir súplicas, oraciones a los dioses protectores. Si se piensa que son producidos por causas orgánicas, se actuará sobre el cuerpo del enfermo.

de la sociedad. Su ejercicio debe combinar el consenso y la coerción: “sus intersticios dan margen para la demanda, la disputa, la negociación, la autonomía o para prácticas no necesariamente funcionales a la reproducción de las relaciones hegemónicas” (Grimberg, 1997:58).

En algunas sociedades, determinados sistemas de explicación y acción sobre los padecimientos aunque devinieron hegemónicos, no condujeron a la anulación de todas las prácticas y representaciones existentes sobre la salud y la enfermedad. Las concepciones y prácticas subalternas no quedaron aisladas sino que se relacionaron con los sistemas hegemónicos, en un proceso de reapropiación y rearticulación que Menéndez denomina “transacciones” (Menéndez, 1990:86) y que se expresan en los cambios en los modos de comprender y tratar los padecimientos, tanto en los grupos subalternos como en los dominantes.

1.2 Los elementos del campo de la salud mental en los modelos de atención

La articulación entre modelos de atención permite diferenciar cambios en las teorías, en las prácticas y aún la redefinición de los problemas de salud mental (Galende, 1990). Por modelo, puede designarse a “cualquier sistema de relaciones entre propiedades seleccionadas, abstractas y simplificadas, construido conscientemente con fines de descripción, de explicación o previsión” (Bourdieu y otros, 1993:76). Por *modelos médicos*, Menéndez entiende "aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen la consideración no sólo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones específicas (incluidos los curadores), sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (Menéndez, 1990:84-85).

Galende (1990) identifica cinco elementos estructurales en el campo de la salud mental (formas históricas del daño mental; disciplinas, teorías y saberes, prácticas terapéuticas, instituciones) que se imbrican en la construcción de los modelos de atención.

1.2.1 Las formas históricas del daño mental

En salud mental los padecimientos y daños se definen por la referencia a la norma social. Los sujetos son *normales* por referencia a una norma. La existencia de normas es una necesidad humana, en tanto éstas son constitutivas de la subjetividad. En este sentido, puede entenderse que el campo de la salud mental pertenece a las disciplinas sociopolíticas (Galende, 1990).

Menéndez (1994) explica que la enfermedad, los padecimientos y los daños han sido, en diferentes sociedades y períodos históricos, algunas de las principales áreas de control social e ideológico tanto a nivel macro como microsocial. Se trata de un fenómeno generalizado a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados, y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no sólo en términos técnicos, sino socio-ideológicos.

Durante el siglo veinte, un número creciente de problemas que en el pasado no eran definidos como problemas médicos (como el embarazo y el parto, la crianza de los hijos, etc.) comenzaron a ser tratados por la Medicina. Este proceso, que Ivan Illich (1978) llamó *medicalización de la vida,* trajo como consecuencias la expansión de la Medicina (que amplió su control sobre los comportamientos considerados desviados) y de la industria farmacéutica y la pérdida de la autonomía de los individuos y los grupos sociales para actuar sobre sus padecimientos. Freidson (1978) explicó que para que un problema fuera objeto de medicalización, era necesario que un influyente grupo social lo definiera como *anormal*; que las formas previas de controlarlo parecieran insuficientes y que la institución médica estuviera preparada para tratarlo y considerara que fuera de su incumbencia profesional. En este proceso, puede inscribirse la medicalización del uso problemático de drogas, que pasó de constituir un vicio privado a un problema de salud pública (Touzé, 2006).

1.2.2 Las disciplinas

Todas las sociedades, de acuerdo a su cosmovisión del mundo, designan las disciplinas que han de encargarse de la atención de los padecimientos. Por ejemplo, cuando las representa-

ciones colectivas de lo sagrado son el marco referencial en que se definen los problemas de la enfermedad mental, su abordaje es realizado por las disciplinas míticas y religiosas. Con Pinel y la Revolución Francesa el abordaje fue ético-político y la Medicina se constituyó en la disciplina hegemónica. Estos cambios deben comprenderse como construcción de racionalidades diferentes, que responden a distintas escalas de valores en la sociedad. Para Galende (1990:86), "toda disciplina es en primer lugar un sector acotado y específico de la práctica social, que genera las teorías que han de corresponderse con esas prácticas y las legitima. (…) La disciplina define las prácticas y técnicas que se realicen ya a que la técnica requiere de los saberes que la disciplina formula o formaliza".

Las disciplinas se constituyen en relación a una demanda social. Las demandas instituyen a la disciplina, pero ésta las codifica y las organiza y por eso es instituyente de su propia demanda (Braunstein, 1980).

1.2.3 Teorías y saberes

La constitución de una disciplina establece una hegemonía de saberes en los que se constituyen sus enunciados teóricos, descartando otras teorizaciones posibles. Por ejemplo, la Psiquiatría, que refiere sus teorías a un saber científico o filosófico, descarta por inexactas o falsas otras teorías sobre los padecimientos mentales (como las explicaciones religiosas) oponiéndolas a la verdad de su referencia científica. Pero también puede ocurrir que ciertas teorías no médicas tengan la capacidad de transformar los valores de la disciplina, produciendo efectos en los modos prácticos de abordaje de los problemas de salud. Estas teorías importadas por las disciplinas, introducen nuevos valores y generan un campo de lucha teórica y práctica que puede tener efectos transformadores[3] (Galende, 1990).

Galende (1990) advierte que las teorías en salud mental se pretenden autosuficientes y abarcativas de la totalidad de los problemas del campo y en este sentido, no son parciales ni complementarias. Más bien representan paradigmas diferentes, en tanto conforman además de teorías, una red coherente de pensamientos en relación con un objeto que definen como propio y establecen una comunidad de científicos (con sus asociaciones, congre-

[3] Puede pensarse en la influencia del Interaccionismo Simbólico o del Psicoanálisis en la construcción del campo de la salud mental comunitaria.

sos, códigos terminológicos) que sostienen la autonomía de *su* disciplina. En Salud Mental los paradigmas coexisten y albergan a diferentes teorías sobre la enfermedad mental, provenientes de distintos saberes médicos, filosóficos, sociales y políticos.

1.2.4 Prácticas terapéuticas

Galende (1990) sostiene que en Salud Mental no hay relación entre teoría y práctica tal como la existente entre una ciencia y sus técnicas. Las determinaciones de las prácticas terapéuticas están ligadas con frecuencia a modos más espontáneos y pragmáticos de enfrentar los problemas de los enfermos y funcionan a veces, en franca contradicción con las teorías (por ejemplo, los valores humanistas de la Psiquiatría entran en contradicción con la sumisión que suele imponerse a los enfermos mentales en los manicomios). Aunque los tratamientos en Salud Mental no son un cuerpo homogéneo y coherente de prácticas terapéuticas, sino un conjunto de medidas prácticas, procedimientos pragmáticos y técnicas importadas de alguna ciencia, es posible recortar encontrar líneas de continuidad entre ellos, ya que se abocan a la resolución de los mismos problemas.

1.2.5 Las instituciones

El término *institución* tiene varias acepciones. En un sentido, hace referencia a una norma social. Por ejemplo, la Psiquiatría puede definirse como institución social, en tanto organiza la norma psicológica instituyendo diferencias y funciones entre personas definidas como *sanas* y otras consideradas *enfermas*. Pero también el término se refiere a un cierto tipo de establecimiento en que se organizan de modo concreto esas relaciones. El lugar (aunque contingente) es esencial para organizar las relaciones de conocimiento, poder y jerarquía y hacerlas administrables (Galende, 1990).

Pensadas como relaciones sociales, las instituciones aseguran un marco de estabilidad y permanencia, necesario para el desarrollo psíquico de los individuos (Kaës, 1998). Por ello tienden a asegurar su existencia, (generalmente a través de mecanismos burocratizados) más allá del cumplimiento o no de sus objetivos primarios (por ejemplo, para un hospital psiquiátrico, curar los padecimientos mentales). Sin embargo, cada una de las instituciones de Salud Mental, tiene un poder *instituyente,* transformador, diferenciable de la mera repe-

tición de la práctica y las relaciones instituidas. En tanto cada institución se origina negativamente sobre el sistema institucional previo, para comprenderla es necesario entender el sistema institucional global del que forma parte, así como el contexto social en el que se desarrolla (Loreau, 1988).

Para Galende (1990:108) "la comprensión de los procesos dialécticos en juego en la institución, debe llevarnos a la consideración simultánea de lo que el discurso social sobre la norma psicológica instituye en el seno de las relaciones humanas, las formas en que esto plasma relaciones concretas entre individuos y la creación de lugares especiales de concreción de estas relaciones".

Las formas de organización institucional

Testa (1995) señala que las instituciones deben establecer normas adecuadas para su comportamiento interno e insertarse estructuralmente en los procesos productivos y reproductivos de la sociedad. Las relaciones institucionales internas pueden ser examinadas desde dos puntos de vista: la lógica de la organización y el de las contradicciones y conflictos que no se generan en su lógica interna pero que se expresan en el espacio institucional. Las *formas de organización* de una institución deben responder al tipo de problemas de los que se ocupan. Testa explica que los tipos a tener en cuenta para caracterizar los tipos de organización son:

- *El tipo de objeto de trabajo que procesan:*

  Homogéneo: Lo que implica un cierto orden por las que debe atravesar el objeto en su transformación. Esto se facilita si existe una jerarquía de niveles, en el que cada uno de ellos realiza la parte del proceso que le corresponde y envía el resultado de su tarea a la fase siguiente. Este pasaje significa que el tránsito del objeto dentro de la institución está normado y requiere de una contigüidad funcional entre los subsistemas de la organización que facilite su desplazamiento (el límite es la cadena de producción o de montaje).

  Heterogéneo: lo que plantea la necesidad de un diagnóstico del objeto: saber qué clase de objeto se trata y cuál es el problema que plantea. La entrada a la organización es más compleja que en el caso anterior, de modo que *la puerta de entrada* de-

be contemplar esa necesidad diagnóstica en su especificidad y la circulación subsiguiente debe ser diseñada con respecto a ese diagnóstico.

- *El modo de procesamiento del objeto:*

  Existencia de procedimientos normados: Cuando el procesamiento del objeto se efectúa según una serie de pasos estandarizados (normas contenidas en un manual de procedimientos, un protocolo), en cada estación en la que circula se puede controlar estrictamente el *tiempo* de procesamiento (que es una de las variables organizativas fundamentales). Los procedimientos normados posibilitan el aislamiento de los trabajadores, ya que cada uno de ellos sabe lo que tiene que hacer según el manual.

  Inexistencia de procedimientos normados: Implica la invención permanente del proceso al que va sometido el objeto, con la consiguiente imposibilidad de rutinización y también de medición del tiempo requerido para la tarea. Esta organización requiere de una gran fluidez de comunicación horizontal, además del acceso fácil entre distintos niveles de la organización.

Testa (1995) explica que el entrecruzamiento de estos ejes genera cuatro tipos organizativos:

- Burocrático: Objeto homogéneo. Circulación y procesamiento rutinarios.

- Ingenieril: Objeto heterogéneo. Circulación flexible y procesamiento rutinario.

- Artesanal: Objeto homogéneo. Circulación rutinaria y procesamiento flexible.

- Creativo: Objeto heterogéneo. Circulación y procesamiento flexible.

También puede ocurrir que algunos de los subsistemas de la organización tengan procesos normados y otros no, lo cual obliga a formas mixtas que requieren de la inclusión de mecanismos o procedimientos *ad hoc* para resolver los conflictos internos que se generan debido a la existencia de formas contrapuestas dentro de una misma organización. La coexistencia de grupos creativos y burocráticos, casi la norma en la sociedades complejas, es una fuente permanente de esos conflictos, por la incapacidad de ambos grupos de entender la lógica del otro, lo que deriva en la acusación recíproca de *burócratas* e *ineficientes*.

Es importante considerar el tipo de ambiente al que se enfrentan las organizaciones, en particular en cuanto a su previsibilidad: cuanto mayor sea ésta menor peso creativo deben tener los subsistemas que regulan la entrada organizacional y viceversa (Testa, 1995).

Los elementos que configuran el campo de la salud mental son constitutivos, en un nivel macrosocial, de los sistemas sanitarios, desde el orden psiquiátrico tradicional hasta la conformación del campo de la salud mental comunitaria (Galende, 1990). También conforman el campo de la atención por uso de drogas, dado que éste se inscribe en el campo de la salud mental. Pero también, en un nivel microsocial, puede decirse que estos elementos están presentes en la conformación de los dispositivos de atención del problema, aún los que han sido producidos por grupos sociales escasamente ligados a la Biomedicina. Desde un enfoque antropológico, la construcción de modelos médicos de Menéndez (1990) permite analizar cómo las relaciones de hegemonía y subalternidad que se establecen entre distintos grupos sociales intervienen en la construcción de sistemas de atención de la salud y de dispositivos destinados a los usuarios de drogas.

1.3 Los modelos de atención por uso de drogas: un enfoque antropológico

Menéndez (1990) reconoce tres modelos básicos de atención de la salud: el *Modelo Médico Hegemónico* (MMH), el *Modelo Alternativo Subordinado* y el *Modelo de Autoatención*. En la definición de los modelos, cobra importancia el tipo de *especialistas* que se ocupan de los cuidados: el médico en el MMH, el curandero en el modelo alternativo subordinado y los propios afectados, en el modelo de autoatención.

Según Menéndez (1990) los rasgos estructurales del MMH son: biologicismo, concepción teórica evolucionista/positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud/enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica), concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado, el paciente como responsable de su enfermedad, inducción a la participación subordinada y pasiva de los consumidores de

acciones de salud, producción de acciones tienden a excluir al consumidor del saber médico, prevención no estructural, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia inductora al consumismo médico, predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica.

Identifica tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. En los submodelos corporativos se pueden distinguir los siguientes rasgos estructurales: estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas, tendencia a la centralización y la planificación, burocratización, disminución y evasión de la responsabilidad, dominio excluyente de los criterios de productividad, profundización de la división técnica del trabajo, creciente subordinación a los controles técnicos y mecánicos y creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación.

En el Modelo Alternativo Subordinado se integran las prácticas reconocidas generalmente como *tradicionales*. Esta calificación connota una referencia al pasado, cargado de valores, clausurando las prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes, que no sólo proceden del pasado, sino que son derivaciones o emergentes del MMH y que sintetizan y transforman a las llamadas prácticas tradicionales.

El modelo de autoatención se define como "las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de 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 pueden 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" (Menéndez, 2003:198). El modelo se caracteriza porque los afectados por un problema de salud desarrollan un cierto grado de autonomía con respecto los curadores de otros modelos, aunque puedan ser los referentes de sus representaciones y prácticas. En sentido amplio, la autoatención concierne a las actividades cotidianas destinadas al cuidado de la salud (preparación de alimentos, aseo, etc.) lo que la

hace homologable al concepto de *estilo de vida*. En sentido restringido, refiere a las formas en que los individuos y grupos sociales se ocupan del proceso salud-enfermedad. Las características básicas de este modelo son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso, tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, estructuración simétrica y homogeneizante de las relaciones entre los participantes, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación microgrupal de prácticas médicas y a asumir la subordinación respecto de otros modelos y a sintetizarlos (Menéndez, 1990).

1.3.1 La medicalización del problema de las drogas

El uso de drogas no fue considerado como problema hasta la era moderna. Hasta entonces, las drogas eran utilizadas en forma ritual, como vehículo hacia lo sagrado y como facilitadores del vínculo social. A principios del siglo XIX, el consumo de drogas se transformó en una experiencia artística y psicológica individual. A fines de ese siglo, las drogas comenzaron a ser percibidas como tóxicos y se utilizó el término *toxicomanía* para describir situaciones problemáticas asociadas a su uso, que se constituyeron en objeto de la Medicina y de sus tratamientos (Touzé, 2006). La Psiquiatría asumió las demandas sociales de tratamiento del problema de las drogas, codificándolo en su taxonomía. La definición de un problema como *trastorno mental*[4] y su inclusión en la taxonomía psiquiátrica contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M), y en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud establece la jurisdicción de la Psiquiatría sobre otras ramas de la Medicina, (por ejemplo la Toxicología o la Neurología) y frente a otras instituciones, como la religión o la justicia. De este modo, la comunidad científica y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que influye en las políticas sanitarias a nivel internacional,

[4] En el DSM IV se admite que el término *trastorno mental* implica una separación anacrónica entre mente y cuerpo. Se aclara que se continúa utilizando el concepto porque no se encontró uno más adecuado. Cada trastorno mental se conceptualizó como "un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p.ej deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (…). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (ej. político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción" (DSM IV: 1985:XXI).

construyeron una respuesta social hacia el problema de las drogas basada en su medicalización (Braunstein, 1980). Esto posibilita "la transformación de la noción de intencionalidad/culpabilidad en la de no intencionalidad/inimputabilidad y el cambio de un paradigma punitivo a uno rehabilitador" (Touzé, 2006:23).

La taxonomía psiquiátrica de los problemas de salud asociados al uso de drogas resulta una expresión de los rasgos biologicistas, asociales y ahistóricos del MMH. Estos se clasifican entre *trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso)* y *trastornos inducidos* por ellas *(intoxicación y abstinencia)* de acuerdo al tipo de sustancia consumida[5]. Braustein (1980:58) señala que el psiquiatra "escucha a sus pacientes con una cuadrícula de especificación que le es aportada por el sistema de definiciones del glosario". La asignación de un dígito al problema es el momento concreto de existencia de la clasificación. El diagnóstico diferencial se efectúa según clases de sustancias: por ejemplo, una persona puede estar en dependencia con una sustancia y en abstinencia de otra[6]. Esta forma de diagnóstico instala una especie de fetichismo sobre ellas al situar el problema en un objeto externo al sujeto. También centra la atención del psiquiatra en el control de los efectos adversos de las drogas (mediante la prescripción de psicofármacos), lo que termina soslayando la situación vital del usuario.

El hospital psiquiátrico es una institución paradigmática del MMH. Goffman (1985) denomina a las instituciones de encierro *totales,* porque concentran en sí mismas todos los aspectos de la vida de los internados bajo la misma estructura jerárquica. Estas instituciones impiden que los sujetos tomen decisiones sobre su vida diaria, debido a la existencia de una autoridad (por ej. el director del hospital) y de un cuerpo de funcionarios (por ej. enfermeros y guardias) que disponen de las rutinas de los internados de forma homogénea y de acuerdo a

---

[5] Se especifican trastornos característicos de 11 sustancias: alcohol, alucinógenos, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opioides y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (DSM IV, 1995).

[6] El Manual plantea diferencias importantes con otras clasificaciones, por ejemplo, en Psicología, el diagnóstico suele referirse a tipos de personalidad, y la adicción es el emergente de un conflicto psíquico. Sin embargo, la clasificación psiquiátrica suele ser utilizada por los psicólogos ya que la codificación del DSM es utilizada en los sistemas de pago de prestaciones por parte de las obras sociales y en los programas estadísticos en los sistemas de salud pública.

las necesidades de la organización. Por otra parte, el encierro rompe con la diferenciación, propia de las sociedades modernas, de los lugares para trabajar, para dormir y para el esparcimiento. De esta manera, la institución afecta las posibilidades de los individuos de relacionarse con otras personas de manera diferenciada a partir del ejercicio de diferentes roles, impide que vivan la vida cotidiana de su comunidad y los sitúa en un estado de permanente sumisión al personal de la institución, lo que favorece los abusos de poder.

Los hospitales psiquiátricos: surgimiento, consolidación y crisis

La separación y el encierro como forma de atención de los padecimientos mentales se correspondió con un cambio en la cosmovisión de las sociedades europeas, entre los siglos XIII y XVIII. Attali (1981) relata que hasta el Siglo XIII, la religión daba sentido a la muerte. El mal se conjuraba a través de ofrendas y sacrificios. Pero la percepción de que las enfermedades podían transmitirse por el contacto interpersonal y que la contaminación del suelo, el agua, el aire o los alimentos podían favorecer la proliferación de las epidemias secularizó el mal. La vida, considerada hasta entonces como un período de tránsito hacia el *más allá*, adquirió importancia en sí misma, y se consideró que había que protegerla de quienes podían amenazarla. En adelante, separar el mal no sería destruir, sino aislar, *contener* la muerte.

Progresivamente, los policías se fueron encargando de la seguridad de las poblaciones. Esta función no sólo incluía la higiene, sino también el control de aquellos que podrían ser *sospechosos* de transmitirlas y de alterar el orden social, como los pobres y los vagabundos. *Contener* a los pobres era darles trabajo; negarse a trabajar era un acto de rebeldía que se castigaba con la esclavitud, el destierro o la muerte. La ayuda dada a los pobres comenzó a constituir una forma de vigilancia, dado que las instituciones de caridad comenzaron a observar y registrar su comportamiento (Attali, 1981). Pero la conversión de la sociedad feudal[7] volvió

[7] A mediados del siglo XIV distintos factores, como el aumento demográfico, el alto nivel de desempleo, la diversificación de la economía rural, la urbanización, el crecimiento del artesanado industrial y el aumento de la indigencia, forzaron a gran parte de los campesinos a dejar sus territorios como única alternativa para lograr su subsistencia. Pero esta población encontró importantes barreras para modificar su lugar en la estructura ocupacional. En primer lugar, el ingreso a los gremios estaba fuertemente regulado y por otra parte, los campesinos no tenían la calificación necesaria para convertirse en artesanos. Concomitante, se sancionaron códigos de trabajo que prohibieron el empleo fuera del territorio de origen. Como resultado, hacia el siglo XVII, una masa de individuos desterritorializados no encontraron lugar en la organización tradicional del trabajo y se transformaron en vagabundos errantes. La asistencia no podía socorrer a estos pobres válidos que no tenían redes comunitarias que certificaran su pertenencia a la comunidad. Su errancia se volvió intolerable y se implementaron, al igual que con el resto de la población vulnerable, medidas altamente represivas como el trabajo forzado en las galeras, el destierro o la pena capital (Castel, 1997).

ineficaces las acciones de caridad o la amenaza de la represión para evitar el aumento del número de vagabundos en las ciudades. Hacia el siglo XIV, no era posible dar trabajo ni vigilar a los pobres. En 1756 se produjo en Francia *el Gran Encierro* de vagabundos, dementes, niños huérfanos, prostitutas y *gente de mala vida* en el *Hospital General*. Su Director tenía poder de juzgar a los pobres y encarcelarlos o enviarlos a la mazmorra sin apelación. En el Hospital, se trataba de *corregir* a los insensatos por medio de la disciplina y de la oración (Foucault, 1967).

La Modernidad introdujo cambios socioculturales que pueden relacionarse con el surgimiento de los hospitales psiquiátricos (y la Psiquiatría, como medicina de lo mental). Frente a la sociedad feudal, estructurada en torno a rígidas jerarquías sociales basadas en la tradición, la religión y la pertenencia a un feudo, la Modernidad concibió a la sociedad como el resultado de un contrato, pactado entre ciudadanos libres, iguales y razonables (Castel, 1997). Con la emergencia del capitalismo, se hizo necesario conservar la fuerza de trabajo de los proletarios (Foucault, 1978). En este contexto, resultó caduca la idea de encerrar a los pobres, ya que en los hospitales, su fuerza de trabajo era inútil. Se comenzó a pensar que era importante rehabilitar a los desviados para re-integrarlos a la sociedad. El Hospital General se redefinió, dando paso a instituciones especializadas en el tratamiento de distintas clases de personas que habían alterado el *orden social* (como cárceles, asilos, hospitales). Las nuevas instituciones compartieron la lógica del encierro y la exclusión y, por ende, la invisibilización de las personas allí internadas, que continuaron siendo consideradas *peligrosas* (Castel, 1997).

Aquellos que habían perdido la razón constituían una población particular. Aunque eran ciudadanos, no se los consideraba capaces de ejercer sus derechos. El problema se resolvió considerándolos *enfermos* y por ello, sujetos de asistencia. Pinel fue el encargado de discriminar a los locos de otras personas encerradas en los hospicios. La locura adquirió status de enfermedad, y se abrió el espacio para la especialización de su asistencia, que desembocaría en la constitución del campo psiquiátrico (Foucault, 1967; Castel, 1997).

Se consideraba que la locura era incurable, peligrosa y depravada, lo que reforzaba la necesidad de la internación y del poder médico sobre los alienados. Pinel los distribuyó de mane-

ra metódica en el hospicio, favoreciendo su observación y control. También introdujo la culpa, el castigo y la recompensa como prácticas terapéuticas desdibujando las fronteras entre tratar y disciplinar. En la lectura de los síntomas, las conductas que representaban una desviación en relación a lo patrones de moralidad, se inscribieron como enfermedades mentales (Galende, 1990; Foucault, 1967).

La conformación del orden psiquiátrico en Argentina

En Argentina, el campo psiquiátrico se constituyó entre 1880 y el Centenario. Su conformación formó parte de reformas institucionales que dieron respuesta a la *cuestión social*[8] generada por el proceso de modernización del país, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, que involucró problemas asociados a la migración interna, la inmigración masiva, y la gran concentración urbana (Alberdi, 2003). En su constitución tuvieron una gran influencia la Sociedad de Beneficencia[9] y el Higienismo. La Sociedad de Beneficencia estableció una relación de tutelaje entre ricos y pobres, basada en la idea de que los ricos tenían la obligación de ayudar a los pobres porque eran superiores a ellos: en educación, en caridad y en virtudes morales. Por el contrario, consideraban que los pobres eran seres inmorales, incapaces de salir del estado de necesidad y con cierta predisposición a contraer enfermedades contagiosas. Su metodología de atención se basaba en la internación, y en la segregación total o parcial para re-educar a sus tutelados (Tenti Fanfani, 1989).

El Higinienismo surgió como una forma de controlar la propagación de las epidemias en las las ciudades-puerto. Luego los higienistas se ocuparon de las llamadas *plagas sociales* (sífilis, tuberculosis y alcoholismo) que habían crecido en forma alarmante con la industrialización. Enmarcándose dentro de un proceso secularizador, los médicos higienistas propusieron el tratamiento científico y positivo de los problemas sociales. Movilizados por los éxitos de la Microbiología en el tratamiento de las epidemias, los higienistas concibieron a la sociedad

---

[8] Castel (1997: 20) define la cuestión social como "una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone de nuevo en cuestión la capacidad de una sociedad para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia".

[9] En 1823 el presidente Bernardino Rivadavia traspasó la administración de los hospitales (que estaba en manos de la Iglesia Católica) a la Sociedad de Beneficiencia. La Sociedad estaba formada por las esposas de los hombres más ricos e influyentes de la época (Tenti Fanfani, 1989).

como un organismo y a los problemas sociales como patologías. Desde este punto de vista, era importante el papel del ambiente en la producción de enfermedades, concebido tanto en sus aspectos físicos como sociales. La teoría de la degeneración de Morel fue muy influyente en ese proceso. Morel consideraba que las condiciones de vida de los indigentes los sometían a procesos de degradación que creaban en ellos una nueva naturaleza, volviéndolos depravados. Suponía que esta naturaleza era hereditaria y podía producir ciertas anomalías físicas (Ackernecht, 1962). Los higienistas se propusieron educar a las clases populares en una acción moralizadora y disciplinaria que estaba en sintonía con las prácticas de la Sociedad de Beneficencia (Alberdi, 2003)[10]. Recalde (1997) relata que la moralidad pública recomendaba suprimir las incitaciones al vicio, lo que se tradujo en el aislamiento de prostitutas, tísicos y borrachos en prostíbulos, hospitales suburbanos y asilos para alcohólicos. El enclaustramiento tenía una función profiláctica; la policía se constituía en auxiliar de la Higiene, ya que, como agente de la segregación, cortaba la exhibición del vicio.

Desde mediados del siglo XX, tanto a nivel internacional como local, la Psiquiatría como Medicina de lo mental y las instituciones asilares fueron interpeladas por distintos procesos de reforma que produjeron cambios en la concepción de la locura y de los tratamientos.

Las reformas del sistema asilar

Galende (1990), relata que durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial varios procesos facilitaron el surgimiento de los movimientos de reforma del sistema asilar: la emergencia de una nueva sensibilidad social hacia las condiciones de vida en los hospicios, que fueron comparados con las de los campos de concentración; la reconstrucción solidaria del sistema de salud destruido por la guerra; el aumento de la cantidad de personas que requerían atención psiquiátrica (especialmente ex combatientes) y el ascenso político de sectores predispuestos a las innovaciones en salud. Por otra parte, el desarrollo de las técnicas grupales, a partir de la década del ´40 (Psicodrama, Ergoterapia, Socioterapia) y las que es-

[10] Al respecto, resulta ejemplificadota la cita de Lanfranco Ciampi: "las enfermedades mentales pueden evitarse: el alcohol, la morfina y la cocaína favorecen, predisponen y muy a menudo provocan las enfermedades mentales. El alcoholismo ataca la salud del individuo, abreviando su existencia, pervirtiendo su carácter, trastornando su inteligencia, conspira contra el honor, la tranquilidad y el bienestar del hogar, trayendo miseria y fomentando crímenes, empobrece y degenera la raza, engendrando hijos idiotas, anormales y epilépticos (…) El ambiente familiar contribuye a la salud moral de los hijos, de padres afectuosos, trabajadores, sobrios y cultos, nunca saldrán hijos vagabundos, viciosos e inmorales" (Ciampi, Boletín Informativo a la Comunidad, Instituto Psiquiátrico de Rosario, 1992, citado en Alberdi 2003:123).

tudiaban el comportamiento (como el conductismo o el guestaltismo) también introdujeron cambios importantes, aunque se yuxtapusieron a las técnicas tradicionales. Loreau (1988) señala que uno de los efectos más importantes de estas técnicas fue provocar un cuestionamiento de las relaciones jerárquicas dentro de la institución. Pensados como agentes de su propia cura, los sujetos internados eran invitados a asumir mayores responsabilidades en el control de las actividades que se efectuaban. La autogestión apareció como proyecto limite de la socialización mediante el grupo.

Es significativo señalar que los movimientos de reforma no surgieron, en la mayoría de los casos, como producto del desarrollo de la Psiquiatría, sino como parte de procesos sociales que vieron en el modelo asilar una institución que antes que tratar la locura, privaba a los internados de sus derechos (Alberdi, 2003; Galende, 1990; Basaglia, 1972). Galende (1990) menciona que los procesos más importantes de reforma del sistema asilar fueron: las Colonias Open Door (Gran Bretaña, 1840), la Liga de Higiene Mental, (Estados Unidos, 1909), las comunidades terapéuticas en Gran Bretaña, la *política de sector* (Francia, 1960), la Reforma Psiquiátrica Italiana (1978) y la Psiquiatría Comunitaria (Estados Unidos, 1963). Tanto a nivel internacional como local, los distintos dispositivos originados por los procesos de reforma (como las colonias Open Door, los hospitales de día, las comunidades terapéuticas, las casas de medio camino, los servicios ambulatorios, los programas comunitarios y preventivos, etc.) fueron anexados al hospital psiquiátrico, sin reemplazar al dispositivo asilar como eje de la organización de sus prácticas.

En Argentina, a partir del retorno a la democracia en 1983, las reformas encararon el desafío de reivindicar los derechos humanos de las personas que tenían padecimientos mentales, garantizando su acceso a los servicios de asistencia. Las propuestas más importantes se centraron en la creación de programas de externación de los hospitales psiquiátricos y en el apoyo a las experiencias innovadoras. En Río Negro y en San Luis, se extendió la atención primaria de los problemas de salud mental y los hospitales psiquiátricos se transformaron en hospitales polivalentes[11] [12]. Sin embargo, en el resto del país, los programas de externación

[11] En Río Negro, en 1991, se sancionó la ley 2.440 por la que se prohibió la habilitación de nuevos manicomios (habiéndose transformado el único hospital psiquiátrico de la provincia en un hospital general). En San Luis, en 1993, el hospital psiquiátrico se transformó en un Hospital Escuela. En 2006, se sancionó en San Luis la Ley de Desinstitucionalización, que prohibió la institucionalización de personas con discapacidades mentales.

tuvieron dificultades para sostener la desinstitucionalización de las personas que habían sufrido internaciones prolongadas, ya que los servicios públicos de salud no contaban con recursos alternativos, tenían bajos presupuestos y la atención de los consultorios externos no tenía como objetivo prioritario acompañar estos procesos (Alberdi, 2003). Esta situación impulsó la conformación de un importante movimiento de reforma del sistema de salud mental que impulsó en 2010, la sanción de la Ley Nº 26.657 de Salud Mental. La ley reconoció los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental, haciendo especial referencia a las personas con uso problemático de drogas, estableciendo que la internación involuntaria de una persona sólo podía hacerse frente a la ausencia de otra alternativa eficaz de tratamiento. Este nuevo marco legal cuestionó las prácticas en los hospitales psiquiátricos, que debían adecuarse a los postulados de la ley (Galante y otros, 2010).

1.3.2 La autoatención por uso de drogas.

En forma alternativa al modelo biomédico, los Programas de Doce Pasos -como Alcohólicos Anónimos (A.A.) o Narcóticos Anónimos (N.A.)-, se basan en la potencialidad del grupo de pares para compartir experiencias, aprender de los otros y brindarse apoyo. En el proceso de formar parte del grupo, las personas van superando el aislamiento que implica la estigmatización del consumo de sustancias, al compartir sus logros y sus padecimientos.

Los fundadores de Alcohólicos Anónimos (el primer Programa de Doce Pasos), a partir de su propia experiencia con el tratamiento médico del alcoholismo en la década del ´30, concibieron *a la adicción como enfermedad incurable,* concluyendo que la Medicina no podía brindar una ayuda efectiva para tratar el problema. Uno de ellos, llamado “Bill” en la literatura de A.A. había intentado lograr la abstinencia asistiendo a un grupo religioso, el Grupo de Oxford. En el grupo, la abstinencia era el resultado de una profunda experiencia espiritual que transformaba la vida de los sujetos. Aunque Bill había pasado por una experiencia de

---

[12] Según un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales, en el año 2008 (CELS-MDRI, 2008) había aproximadamente 25.000 personas internadas en los hospitales psiquiátricos argentinos. El 80% pasaba allí más de un año, y el 75% de las personas que estaban internadas en el sistema de salud público se hallaban en instituciones de 1.000 camas o más. La mayoría de los hospitales psiquiátricos estaban sobrepoblados, y muchas de las personas que estaban internadas en ellos sufrían condiciones insalubres de alojamiento, abusos físicos y sexuales, violencia institucional y privación en celdas de aislamiento. Muchas recibían tratamientos inadecuados y tenían pocos tratamientos de rehabilitación (CELS, 2008).

ese tipo, sólo logró sostener el cambio cuando compartió sus problemas con otro alcohólico (el Dr. Bob). Juntos apelaron a la ayuda divina para mantener la abstinencia y al grupo de pares, con la certeza de que sólo quien ha dejado el alcoholismo puede ayudar a otro a hacerlo (De Dominicis, 1997).

Aunque los primeros pasos del Programa remiten a una experiencia de conversión religiosa[13], en los Programas de Doce Pasos se afirma que su cumplimiento no es lineal y que éstos pueden efectuarse gradualmente. De esta forma, aunque no se haya *tocado fondo*[14], se puede anticipar ese momento, actuando *como si* hubiera sucedido. En este caso, la iluminación divina no se produce de forma repentina, sino que puede producirse a consecuencia del buen comportamiento diario, en un programa de 24 horas.

Para fortalecer los vínculos familiares y comunitarios de los miembros del grupo se insta a que cada uno de ellos analice diariamente su conducta y *repare* el daño que pudo haber causado. Cabe señalar que la autoobservación de las faltas, la confesión pública y la reparación como forma de lograr la conversión son elementos del Grupo de Oxford presentes en los Programas de Doce Pasos (Pawlowicz y otros, 2010).

En 1958, Charles Doderich, quien había sido miembro de A. A. consideró que era necesario que el Programa de Doce Pasos se desarrollara en forma residencial y creó Synanon, en Santa Mónica, Estados Unidos. Influenciado por la teoría psiquiátrica de *la personalidad antisocial*[15], pensaba que la toxicomanía era el resultado de una deficiencia en la internalización de las reglas sociales por parte de los individuos en su infancia. Considerando que los *toxicodependientes* eran personas inmaduras, se propuso resocializarlos a través de la vida en una comunidad cohesionada por fuertes lazos afectivos y donde rigiera un estricto sistema de

---

[13] Los Primeros tres Pasos del Programa de AA consisten en "1 Paso: Admitimos que éramos impotentes frente al alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables. 2 Paso: Llegamos a creer que un Ser Superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio. 3 Paso: Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos" (Disponible en: http://www.aa.org.ar/cont/pasos.html)

[14] La expresión refiere a una profunda experiencia de padecimiento, en la que el usuario comprende que no puede controlar el consumo de sustancias por sí mismo y solicita ayuda.

[15] El DSM IV define al trastorno antisocial de la personalidad como un "patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás y de las normas sociales". Los criterios para el diagnóstico son: 1) el fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal con actos que son motivo de detención, 2) deshonestidad 3) un patrón de impulsividad que impide planificar el futuro, 4) irritabilidad y agresividad 5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás, 6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas; 7) la falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros (DSM IV, 1995:662-663).

reglas. Los conflictos se resolvían en *los juegos* (*the game*), momento en que los residentes se interpelaban entre sí por su comportamiento, sin apelar a la violencia física. En Synanon el trabajo de los residentes adquirió valor terapéutico, y en lo económico, permitió la autonomía de la institución, que no recibía financiamiento estatal. En 1970, Synanon fue cerrada debido a distintos problemas, referidos al maltrato de los residentes[16], que adquirieron notoriedad pública. Sin embargo, la experiencia resultó innovadora y contribuyó al desarrollo de las comunidades terapéuticas (De Dominicis, 1997).

En Argentina, las comunidades de vida ocuparon un lugar destacado entre los modelos de autoatención. Estas instituciones surgieron en la década del 70, generalmente apoyadas por una institución religiosa, frecuentemente evangélica (Touzé, 2006). Particularmente conocida fue el *Programa Andrés*, fundado en 1973 por Carlos Novelli.

Como en el Grupo de Oxford, Novelli (s/año) explicó que el padecimiento asociado al uso de drogas y el *cambio de vida* gracias a la intercesión divina eran las experiencias que daban sentido al tratamiento en la comunidad:

> "En el fondo sentía que necesitaba algo más. Nunca había logrado llenar mi vida. Siempre había querido identificarme con algo y decidí vagar y conocer un poco del mundo (…) Viví de ese modo (consumiendo drogas) alrededor de tres años y la desesperación me estaba alcanzando. Un día conocí a una mujer y por seguirla me metí en el sótano de una iglesia. Empecé a ir seguido, porque me sentía atraído por una fuerza extraña e irresistible que empezó a mostrarme la verdadera vida y el verdadero camino que debía recorrer un joven como yo (…) Todos tenían algo que yo buscaba desde hacía rato y que nunca había podido poseer. Era una hermosa relación de amor y amistad que yo no conocía y que empezó a llenarme de una maravillosa sensación de paz y seguridad. Llegué a mi casa y me puse a rezar en voz alta, no con rezos formales sino conversando con Jesús como con un amigo entrañable y que además lo podía todo, un amigo tierno y fuerte de verdad. Apenas pude explicar lo que pasó. Nunca antes en mi vida me sentí mejor. Una fuerza increíble invadió mi al-

[16] En la década de 1970, adquirieron notoriedad pública amenazas hacia periodistas, la desaparición de una joven residente y las golpizas a ex miembros de la institución. También se publicó que Doderich promovía el divorcio, las vasectomías y los abortos entre los residentes. En 1980, Doderich fue sentenciado a dejar su cargo y a efectuar tareas comunitarias por intento de asesinato contra un abogado que le había ganado juicios. Finalmente, Synanon dejó de estar exenta de impuestos y cerró.

> ma y sentí un fuego que me quemaba los huesos. De repente, me encontré diciéndole a Jesús que debía volver a Buenos Aires, donde tenía un montón de amigos y donde tenía a mis padres. Le dije que necesitaba volver para decirles pronto que Jesucristo no era una simple palabra que vive realmente y que tenemos que conocerlo para siempre. Y lo más hermoso fue que muchos de los que gritaban que estaba loco empezaron a reunirse conmigo para hacer proyectos, todos juntos, escuchando solamente lo que nos sugería Dios (Testimonio de Carlos Novelli, Novelli, s/año, pag. 41).
>
> "Luego de una existencia desordenada y vacía, de soledad y valores invertidos, más allá del gran amor que sentía en compañía de mis padres, mis familiares y mis amigos, comencé a darme cuenta que el encanto de la vida no se hallaba en placeres mundanos, ni en las adquisiciones materiales. Llegó un día en que mis fuerzas se agotaron. Nada tenía importancia, todo me daba lo mismo. Ese día, extenuado, triste, solo, le grité a Dios que si realmente me quería, que si realmente le importaba, me lo hiciera sentir. Sentí en ese momento que una vida nueva se apoderaba de mí. Empezamos a reunirnos con Carlos (Novelli) y cuatro o cinco chicos más. Nadie pensaba en un centro de rehabilitación. Nos encontramos para saber más sobre Dios y porque nos queríamos" (Testimonio de Jorge Tasín, en Novelli, s/año, 43).

En el Programa Andrés, el consumo de drogas se inscribía en proceso de búsqueda personal de felicidad basada en *valores invertidos*, que priorizaba lo material por sobre lo espiritual, en el que el sujeto terminaba desesperado y solo, alejado de Dios. *Dejar las drogas* era consecuencia de una experiencia de desesperación en la que se clamaba por la ayuda divina. Era Dios, quien provocaba la transformación personal y el cambio de vida, que no se restringía al logro de la abstinencia, sino que involucraba la totalidad de la existencia. En el Programa se promovía que aquellos que lograban abandonar el consumo de drogas, dieran testimonio de su experiencia para ayudar a otros. El tratamiento se organizaba en fases: abstinencia, consolidación (donde en charlas grupales e individuales se tratan los problemas creados por el consumo y se iba adquiriendo un acercamiento gradual al trabajo) restitución y reintegración (cuando el usuario volvía a tomar contacto con su familia y con la comunidad externa) (Novelli, s/año).

Al igual que Synanon, en Estados Unidos, las comunidades de vida fueron el antecedente más importante del desarrollo de las CT en Argentina.

1.3.3 Las comunidades terapéuticas: un modelo alternativo[17]

Las CT en el campo de la salud mental

El origen de las CT se inscribió en los movimientos de reforma de las instituciones asilares, en la Inglaterra de Posguerra. En 1943, Bion y Rickman denominaron *comunidad terapéutica* a una estrategia de atención que consistía en discutir colectivamente con los internados (ex soldados) los problemas que se presentaban y lograr que participaran en la organización del pabellón. Más tarde, Maxwell Jones, que trabajaba en el Hendersen Hospital, subrayó la importancia de lo *colectivo* en el proceso terapéutico, al sostener que el principio fundamental de la CT era el aprovechamiento de todos los recursos de la institución, sin distinción entre médicos, administrativos, enfermeros personas internadas, familiares o personas interesadas en la salud mental. Las preocupaciones más importantes para Maxwell Jones eran democratizar la atención, construir intereses y objetivos comunes y promover la relación de la comunidad con el exterior. Los ejes de su propuesta eran establecer canales de comunicación entre todos los miembros de la institución y analizar los intercambios institucionales en términos de dinámicas grupales e interpersonales. Para promover la participación se generaban distintos espacios de intercambio grupal, tanto terapéuticos como lúdicos (bailes, fiestas, salidas grupales, etc.). La asamblea comunitaria, que podía efectuarse en forma diaria o periódica, constituía el órgano de gestión, organización y monitoreo de todas las actividades (Jones, 1970; Galende, 1990).

El dispositivo se instaló en algunos servicios de la mayoría de los hospitales psiquiátricos de Inglaterra, sin lograr la transformación de la estructura manicomial global vigente en ellos. Sin embargo, la reforma mostró que el Modelo Asilar no era el único tratamiento posible para las personas con problemas de salud mental y que, por lo tanto, las razones de su permanencia no eran de carácter técnico sino sociopolítico (Galende, 1990).

---

[17] Parte del desarrollo conceptual de este punto forma parte del informe final del Proyecto "Uso de drogas en Argentina, políticas, servicios y prácticas" desarrollado por Intercambios Asociación Civil para el estudio y atención de los problemas relacionados con las drogas, con fondos de la Federación Internacional de Universidades Católicas.

En Italia, la CT fue uno de los principales instrumentos de la reforma psiquiátrica[18]. El Hospital de Gorizia, que fue el centro del proceso de reforma, se transformó en sí mismo en una CT (Schittar, 1972).

En Argentina, el modelo de CT comenzó a implementarse a fines de la década del ´60. El Coronel Estevez[19], a cargo de la Dirección de Salud Mental, dispuesto a mostrar que seguía los lineamientos de la OMS (que había recomendado el dispositivo para la transformación de los sistemas de salud) creó un consejo asesor que elaboró el primer Plan de Salud Mental, introdujo el dispositivo de comunidad terapéutica en los hospitales psiquiátricos[20] y promovió la incorporación de psicólogos en las Colonias del interior del país (Galende, 1990). Una de las experiencias más importantes del período fue la del Centro Piloto en el Hospital Neuropsiquiátrico José A. Esteves, de Lomas de Zamora, en Gran Buenos Aires, a cargo de Wilbur Ricardo Grimson[21]. El Centro Piloto funcionó durante 1968 y 1970 y estaba formado por un pabellón para varones[22], algunos consultorios externos, un pabellón para tratamientos breves y un hospital de día. Contó con un equipo de profesionales de distintas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, psicopedagogos, terapistas ocupacionales y asistentes sociales). La asamblea era el eje del tratamiento. En este espacio se presentaban los nuevos integrantes, se deliberaba sobre distintos aspectos de la vida institucional y se otorgaban los permisos de salidas y las altas. Diariamente, los internos participaban de la limpieza de la sala y luego asistían a distintas actividades grupales (lectura de diarios, artesanía, cocina, expresión corporal). A su vez, participaban en grupos de psicoterapia psicoanalítica. Por la

---

[18] La reforma italiana se plasmó en la ley 180 (de 1978). La ley dispuso que las internaciones psiquiátricas sólo podían prolongarse por 10 días y efectuarse en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales, impidiendo la internación en los hospitales psiquiátricos. La ley promovió la transformación de los hospitales psiquiátricos y la creación de centros comunitarios de salud mental.

[19] Se trataba de un gobierno de facto, presidido por el Gral. Onganía, quien excluyó políticamente a los partidos tradicionales, extendió las funciones del Poder Ejecutivo y reemplazó al Congreso por la consolidación de tecnoburocracias en los distintos aparatos del Estado**.** Sus políticas de racionalización del gasto y de descentralización de servicios (transfiriendo a las provincias la administración de la red hospitalaria nacional) se tradujeron en el deterioro de la capacidad instalada del sector público de salud (Alberdi, 2003; Tobar, 2002).

[20] Sobre las comunidades terapéuticas en hospitales psiquiátricos, Galende recuerda : "esto lo conocíamos en aquella época como 'servicio vidriera', porque era como poner en la vidriera algunos maniquí que hacían suponer una moda nueva, cuando en realidad detrás estaba la miseria de siempre. Pero es curioso porque también en ese año se crea el Plan de Salud de la Universidad de Buenos Aires, que era un plan progresista y fue lo que dio lugar a la instalación de servicios de psicopatología en hospitales psiquiátricos" (En: http://www.topia.com.ar/articulos/805-hue-1erenc.htm , consulta 15/12/2008)

[21] Wilbur Ricardo Grimson fue Director de Epidemiología del Instituto Nacional de Salud Mental en el periodo 1968-1971. Fue Jefe de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección Nacional de Salud Mental entre 1983 y 1991. Estuvo a cargo de la SE.DRO.NAR en el periodo 2002-2004.

[22] El pabellón para hombres era una propuesta innovadora, ya que el hospital sólo atendía mujeres.

misma época, Alfredo Moffat[23], que era discípulo de Pichón Riviere,[24] fundó en el mismo hospital el *Club de la Esperanza* que organizó las *Peñas del Fogón* donde los miembros del Centro Piloto pudieron efectuar actividades recreativas como bailar, cantar o escuchar música. Moffat pensaba que el trabajo y la recreación eran las actividades fundamentales por las cuales los seres humanos estructuraban su realidad, de modo que la fiesta constituía un espacio importante para lograr la resocialización de las personas con padecimiento mental (Carpintero y Vainer, 2005).

Con el retorno del peronismo al poder (1973-1976) se incrementó la violencia política. La extrema derecha ocupó un mayor espacio dentro del gobierno peronista, y la acusación de *comunistas* y *subversivos* comenzó a ser parte del lenguaje común para denostar a quienes impulsaban transformaciones sociales. La Triple A (Alianza Anticomunista Argentina) comenzó a desarrollar acciones terroristas contra los disidentes (Alberdi, 2003). Estas acusaciones llegaron a los responsables del Centro Piloto en el Hospital Esteves, y a pesar de la resistencia de los profesionales y de quienes habían sido atendidos, fue desmantelado en enero de 1971 (Carpintero y Vainer, 2005). Otras experiencias también fueron desarticuladas como la CT de la Ciudad Federal en Entre Ríos a cargo del Dr. Raúl Camino y la CT del Hospital Borda, bajo la supervisión de Enrique Pichón Riviere y la dirección de Alfredo Moffat, que se desarrolló entre 1970 y 1974 (Alberdi, 2003). Durante el llamado Proceso de Reorganización Nacional (1976-1983), la Dictadura Militar prohibió cualquier experiencia de transformación del Modelo Asilar y los trabajadores de la salud mental que las apoyaban fueron perseguidos. Muchos de ellos fueron desaparecidos y otros debieron huir al exilio[25].

Con el retorno a la democracia, en 1983, las comunidades terapéuticas volvieron a instalarse en algunos hospitales psiquiátricos, pero se desarrollaron especialmente en instituciones no gubernamentales dedicadas a la atención por uso de drogas.

---

[23] Alfredo Moffat (1934) fue creador de la Escuela de Psicología Argentina. Efectúo importantes desarrollos en el ámbito comunitario y promovió distintas experiencias populares: La Cooperanza (talleres de recreación en el patio del Hospital de Salud Mental José T. Borda), El Bancadero (mutual de ayuda psicológica) en la CABA y Las Oyitas (organización autogestiva de ollas populares) en La Matanza, Provincia de Buenos Aires.

[24] Enrique Pichón Riviere (1907-1977) fue uno de los principales introductores del Psicoanálisis y de la Psicología Social en la Argentina. En 1940 fue uno de los fundadores de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Al desarrollar su teoría de Psicología Social, que interpreta al individuo como resultante de su relación con objetos internos y externos, se distanció de la APA. Más tarde, fundó la Escuela de Psicología Social, que tuvo una importante influencia en el desarrollo de la terapia grupal en el país.

[25] Carpintero y Vainer publicaron en el libro "Las Huellas de la Memoria", una lista de los trabajadores de salud mental desaparecidos durante la Dictadura Militar (Carpintero y Vainer, 2005:289-306).

Las CT en el campo de la atención por uso de drogas

Con el retorno a la democracia, los discursos sobre los usuarios de drogas comenzaron a hablar de ellos como *enfermos* y *autodestructivo*s. Los programas de capacitación y los servicios de asistencia por uso de drogas se ampliaron y se diversificaron, en un contexto que favorecía el crecimiento de las ONGs. A nivel local, era necesario reconstruir los lazos entre Estado y sociedad civil; en el plano internacional, distintos organismos de financiamiento promovían su participación en sus programas y proyectos (Touzé, 2006). En esa época, muchos de los referentes de las comunidades de vida comenzaron a tomar contacto con otras experiencias internacionales de CT destinadas a la atención por uso de drogas e incorporaron algunos de sus elementos en el desarrollo de sus propuestas terapéuticas. Estas experiencias fueron, fundamentalmente, *Daytop Village*, de Estados Unidos y el *Proggetto Uomo, de Italia* (Carrizo, 2010).

- *El modelo norteamericano de CT: Daytop Village*

Daytop surgió en Estados Unidos por iniciativa de la Oficina de Libertad Condicional de la Corte Suprema de Nueva York, en 1963, en el mismo año en que se sancionó la Ley Kennedy que se propuso sustituir los asilos por centros terapéuticos comunitarios.

Para elaborar la propuesta terapéutica, la Oficina nombró a un equipo de especialistas formado por Alexander Bassin, Joseph Shelly, Daniel Casriel y Herbert Block. El equipo visitó Synanon, el mismo día que el Padre William B. O'Brien, que trabajaba en la Catedral de San Patricio, en Nueva York y decidieron trabajar juntos. El Padre O' Brien y el equipo liderado por el Dr. Bassin lograron financiamiento del Instituto Nacional de Salud Mental y fundaron Daytop Lodge en Butler Manor, Staten Island[26].

El equipo de Daytop retomó la concepción de Synanon sobre la inmadurez de los usuarios de drogas y sobre la necesidad de su resocialización. En Daytop se exigía obedecer a toda directiva, trabajar con empeño, no tener secretos y ser absolutamente honestos. También se prohibió el uso de cualquier droga y el comportamiento violento, incluso durante la finalización del programa. Estas prohibiciones se basaban en la suposición de que los adictos recurrían a las drogas y a la violencia para afrontar la tensión y la frustración. Daytop, conservó la estructura jerárquica de Synanon, no sólo por razones terapéuticas sino también por necesi-

[26] Ver http://www.daytop.org/history.html, consulta 20/06/2010.

dades prácticas: su rígido sistema de reglas era compatible con la estructura carcelaria, propia de la atención a quienes cumplían con el sistema de libertad condicional (De Dominicis, 1997).

Como la motivación para el cumplimiento de las reglas derivaba de la integración grupal, la admisión en la comunidad adquiría una importancia fundamental. El primer contacto del residente con la comunidad se transformó en un ritual, inspirado en la experiencia de *tocar fondo* de AA. Se trataba de *atacar* las defensas psicológicas[27] de los usuarios para lograr que se mostraran débiles y que fueran receptivos a las muestras de afecto. Cuando esto sucedía, un residente, -el *gran hermano*- se presentaba para brindar apoyo. La admisión terminaba cuando la comunidad saludaba al nuevo miembro como un par (De Dominicis, 1997).

De Dominicis (1997) analiza que si bien Daytop presentaba características propias de las instituciones totales[28], también podían encontrarse diferencias. En el análisis de Goffman (1985), el *staff* de las instituciones totales reproduce la estructura de clases de la sociedad capitalista, manteniendo a los residentes en un estado de subordinación, mientras que en Daytop los residentes iban adquiriendo responsabilidades en grado creciente (y por lo tanto, mejoraban su posición social dentro de la institución) a medida que iban cumpliendo el tratamiento.

- *El modelo italiano de CT: el Proggetto Uomo*

A fines de 1967, un grupo de voluntarios que se reunía, en torno de Don Mario Picchi, capellán de la Estación Terminal Ferroviaria de Roma, creó el *Centro Italiano de la Solidaridad* (CeIS). Los voluntarios, que estaban influenciados por el movimiento de mayo del `68 y por el clima de renovación del Concilio Vaticano II[29], comenzaron a estudiar y a debatir sobre el uso de drogas. En 1976 organizaron un viaje de estudio al norte de Europa y se pusieron en contacto con el movimiento internacional de comunidades terapéuticas, especialmente con Daytop. A su regreso, el grupo se propuso trabajar en la atención de la *toxicodependencia.*

---

[27] De acuerdo al Psicoanálisis y a los desarrollos teóricos de Ana Freud (1984), se suponía que los *toxicodependientes* tenían un aparato defensivo fuerte, con predomino de los mecanismos psicológicos de racionalización, negación, seducción, proyección y aislamiento.

[28] Ver punto 1.3.1: "La medicalización del problema de las drogas", pag. 17.

[29] El Concilio Vaticano II, celebrado entre 1962 y 1964 se propuso renovar la doctrina eclesial para dar respuesta a los profundos cambios sociales de la época. Los temas más importantes del Concilio fueron la renovación de la liturgia (que debía efectuarse en la lengua de la comunidad y no en latín), la incorporación de la importancia de la relación con los medios de comunicación, el ecumenismo y particularmente, el lugar de la Iglesia en el mundo.

En 1979, bajo la dirección de un ex residente de Daytop, experimentaron la vida en CT, como paso previo al desarrollo de su propio proyecto (De Dominicis, 1997).

La cercanía con el mundo de los jóvenes, la denuncia de la injusticia social y la importancia de la laicidad, alejaron al CeIS de las aproximaciones caritativas o asistencialistas del problema de las drogas. Esto provocó algunas tensiones con los grupos más conservadores de la Iglesia, que según De Dominicis (1997), fueron resueltas por el carisma de Don Picchi, y que le dieron al CeIS una posición de autonomía y equidistancia con respecto a la política eclesial.

El CeIS tomó elementos de distintos modelos en el desarrollo del Proggetto Uomo. De esta manera, el CeIS resultó muy ecléctico. Integró una concepción ética y moral del problema de las drogas que no sólo estaba inspirada por los *vientos del cambio* del Concilio Vaticano II, sino también por la tradición del Grupo de Oxford contenida en los Programas de Doce Pasos y en Daytop y por el desarrollo científico de la época destinado a la atención de los usuarios de drogas.

Teorías y saberes tradicionales en la construcción del modelo[30]

El Proggetto Uomo se caracterizó por intentar la integración de distintas teorías científicas acerca del problema de las drogas y alternativas terapéuticas (como el Psicodrama, la Logoterapia, la Animación Sociocultural, entre otras)[31] (De Dominicis, 1997).

---

[30] En este apartado retomo, fundamentalmente, las clases de Ruth Bessone, Gloria Cimino, Gustavo de Vega y Andrés Palladino en el "Curso base de formación para operadores socioterapéuticos en el campo de las toxicodependencias" desarrollado en febrero de 1990 en la Ciudad de Mar del Plata, y que fueron recopiladas en el Cap. 1 "Algunas consideraciones acerca del fenómeno de la toxicodependencia" por Andrea de Dominicis y Graciela Touzé en el Informe Final del Proyecto AD/ARG/87/525.

[31] El **Psicodrama** es una psicoterapia, creada por Jacob L. Moreno (1889-1974), que permite que el sujeto "actúe" sus problemas, generalmente en una situación grupal. De este modo, se pasa de una terapia verbal, a una "terapia de acción", lo que permite que se pueda trabajar con sus fantasías, sus pensamientos no verbalizados, sus emociones y sus vínculos con personas que no están presentes (disponible en: http://www.catrec.org/psicodrama.htm, consulta 25/02/2010).

La **Logoterapia** es una psicoterapia creada por Victor E. Frankl (1905-1997). Frankl, a partir de su experiencia como prisionero en un campo de concentración nazi, sostuvo que la motivación primaria del hombre era la voluntad de dar sentido a su vida, lo que lo distanció de Freud quien sostuvo que la motivación primaria era la voluntad de placer y de Adler, que pensaba que esta motivación se basaba en la voluntad de poder. De esta manera, se recupera la dimensión espiritual del hombre en la atención psicológica (disponible en http://www.centroviktorfrankl.com.ar, consulta 25/02/2010. Según De Dominicis, la Logoterapia contribuyó de modo sustancial a la consolidación de una práctica terapéutica orientada por los valores en el Proggetto Uomo (De Dominicis, 1997).

Un elemento innovador del Proggetto Uomo en relación a Daytop fue la incorporación de las familias en la asistencia. De Dominicis (1997) relató que en un principio se trabajaba en grupos (semejantes a los de los Programas de Doce Pasos) pero después se incluyeron los conceptos y las técnicas de la terapia familiar sistémica. La Teoría Sistémica considera a la familia como un sistema en el que la interacción se efectúa a partir del proceso de adjudicación y asunción de roles. Como todos los sistemas, la familia tiende a la homeostasis (a la estabilidad), modificando su estructura para responder a las tensiones internas (ej.: el nacimiento de un niño) o externas (ej.: el desempleo). De acuerdo a estos principios, *el adicto* era el emergente de una familia *disfuncional*, que no respondía eficazmente a los problemas que se le presentaban y en la que no se establecían límites de forma adecuada. En consecuencia, los jóvenes usuarios de drogas renegaban de la función paterna (la función familiar por la que se establecen las reglas, la ley) y por lo tanto, no se preocupaban por la integración a la sociedad (estudio, trabajo, etc.). Las transgresiones a las normas (como la prohibición del uso de drogas) expresaban la necesidad subjetiva de contar con límites claros. Pero provocaban sentimientos de culpa que impulsaban a los jóvenes a satisfacer inmediatamente sus impulsos. En base al desarrollo de Daniel Casriel (uno de los psiquiatras que habían fundado Daytop) sobre el *encapsulamiento afectivo de los toxicodependientes*, se explicaba que esta situación los volvía incapaces de evaluar las consecuencias de sus acciones y los llevaba a justificar y ocultar aquellas que podrían ser consideradas negativas. El miedo a ser descubierto terminaba por sumir a los usuarios de drogas en la soledad (Bessone y otros, 1990).

Para explicar la situación de los usuarios de drogas que vivían en condiciones de pobreza, se apeló a la Teoría de la Marginalidad, de gran auge en las décadas de 1970 y 1980 (Bessone y otros, 1990). El concepto de marginalidad se inscribía en la teoría de la modernización, que explicaba el subdesarrollo como consecuencia de la persistencia de relaciones sociales tradicionales (económicas, culturales, familiares) que no eran congruentes con el tipo de relaciones que se establecían en una sociedad capitalista moderna (como la familia nuclear, las relaciones de competencia y de interés por el lucro) (Germani, 1992). Los grupos marginales urbanos se caracterizaban por: habitar en viviendas deterioradas, ubicadas alrededor de los barrios con infraestructura y equipamiento urbano adecuado; tener bajos niveles de salud,

---

La **Animación Sociocultural** es una técnica para motivar la participación de individuos y grupos en un proceso de dinamización del desarrollo comunitario, entendido como integral (económico, social, cultural, espiritual) y endógeno (disponible en http://animacionsociocultural.wordpress.com, consulta 25/02/2009).

educación y vivienda; bajos ingresos e inestabilidad laboral, falta de participación en los beneficios y recursos sociales y en la vida política (Giusti, 1973 en Cortés, 2006). Siguiendo estas ideas, el uso de drogas era considerado una forma de construcción de la identidad de los jóvenes que no podían o no querían integrarse socialmente. También podía constituir una forma de mitigar el padecimiento de quienes[32] habían depositado altas expectativas de cambio en una sociedad que tendía a conservar sus estructuras. En todo caso, las drogas eran definidas como un "síntoma de las disfunciones estructurales de la sociedad" (Bessone y otros, 1990:3).

En los tratamientos con las familias, se buscaba el cambio de posición de sus integrantes fortaleciendo la autoridad de los padres (considerados co-terapeutas) para lograr reestablecer roles y jerarquías diferenciadas en las familias y mejorar la comunicación (De Dominicis, 1997).

La concepción ética y moral del problema de las drogas

Un aspecto innovador del Progetto Uomo con respecto a las experiencias previas de CT fue su concepción del ser humano como bio-psico-espiritual[33]. La dimensión espiritual se asociaba al ejercicio de la libertad, definida como la capacidad humana de orientar el comportamiento en base a valores (como la honestidad, la solidaridad, la generosidad, el amor responsable). La toxicodependencia representaba, al mismo tiempo, un emergente de la crisis de valores de la sociedad contemporánea, de las dificultades de las familias para orientarse por ellos, y de la adhesión personal a valores negativos. De acuerdo a la concepción del *hombre triangular* de Casriel esta situación afectaba la dimensión afectiva, comportamental y cognitiva de personalidad. El CeIS incorporó la dimensión espiritual en el análisis, explicando que la adhesión a valores negativos llevaba al toxicodependiente a negar los derechos de los otros y a establecer relaciones de uso y de manipulación con las personas que los rodeaban. Estas condiciones intervendrían en la construcción de una personalidad caracterizada

---

[32] Esta idea puede comprenderse mejor si se tiene en cuenta que el Proggetto Uomo se desarrolló en el contexto de importantes acontecimientos que cuestionaron el orden social: el Mayo Francés, la Guerra de Vietnam, los movimientos *hippies* o los procesos de descolonización en África.

[33] Esta definición parece parafrasear la definición de salud presente en la Constitución de la OMS: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

por la baja autoestima y la desconfianza, el desafío a las figuras de autoridad, la culpabilización al entorno por sus problemas y por tener una imagen distorsionada de sí mismo (*falso self*), sentimientos agresivos e inestabilidad (Bessone y otros, 1990).

El proceso terapéutico, representaba entonces *un cambio de vida* que llevaría a la transformación del usuario de drogas en un *Hombre Nuevo*[34], libre para la solidaridad y el amor. Esta concepción señalaba una ruptura con la idea de la adicción como enfermedad incurable, propia de los Programas de Doce Pasos y cuestionaba el énfasis en los aspectos biomédicos del problema de la atención Psiquiátrica Tradicional. También discutía con las CT inglesas, dado que el programa no estaba destinado al tratamiento de una enfermedad mental, sino a la transformación del hombre y de la comunidad (De Dominicis, 1997).

Estas diferencias no impidieron que en el Proggeto Uomo confluyeran elementos de los Programas de Doce Pasos, como la idea de que la transformación de los usuarios de drogas podía alcanzarse mediante el comportamiento orientado por valores positivos. De esta manera, la reparación (eje del Noveno Paso en los Programas de Doce Pasos) como acción concreta destinada a compensar el daño causado por el propio comportamiento, orientó las prácticas en la CT destinadas a responsabilizar a los usuarios de drogas. El arrepentimiento y el reconocimiento de los propios límites como condición para el inicio de un proceso de cambio se plasmaron en distintas prácticas denominadas *instrumentos educativos* y *normativos* (la entrevista de admisión, la confrontación, el encuentro de la mañana) que debían efectuarse en forma ritualizada, ya que marcarían el pasaje de un momento terapéutico a otro (González y otros, 1990). El tratamiento se organizó en fases: admisión, comunidad terapéutica y reinserción social. Esta última fase estaba prácticamente ausente en Daytop y constituyó un aporte innovador (De Dominicis, 1997).

A diferencia de Daytop, el CeIS sostuvo el principio de la igualdad de los derechos de los residentes y de los operadores, aunque reconocía que cada uno de ellos tenía roles diferenciados. El abordaje socioterapéutico buscaba movilizar las energías de los usuarios de drogas y de sus familias en el contexto de una *red de solidaridad***,** cuyo centro era el usuario. Se moti-

[34] El pasaje del Hombre Viejo en Hombre Nuevo es el eje de las reflexiones del Apóstol San Pablo sobre la evangelización en el Nuevo Testamento. En el contexto de los cambios sociales de la época, el tema era objeto de muchos grupos eclesiales, sobre todo de aquellos que promovían la transformación social.

vaba a los *toxicodependientes* para cambiar su vida e interrumpir el *círculo vicioso* que los llevaba a consumir drogas (De Dominicis, 1997).

Como en Doce Pasos y en Daytop, el CeIS daba importancia de la *experiencia de vida* de los operadores. La atención puesta en los aspectos afectivos y espirituales de la formación, hacían que la capacitación en el Proggetto Uomo se efectuara de un modo vivencial y que se buscara desarrollar valores como la solidaridad, el compromiso, la honestidad (De Dominicis y Touzé, 1990).

La expansión del modelo en América Latina

A fines de los ´80, el CeIS obtuvo el status consultivo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y recibió el apoyo Fondo del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), lo que impulsó su trabajo en América Latina (Touzé, 2006). En eso años, el CeIS tomó contacto con miembros de las comunidades de vida de Argentina, y con el apoyo del gobierno de Raúl Alfonsín, lograron desarrollar un proyecto de capacitación. Así lo relató Wilbur Ricardo Grimson (quien en esa época, era Jefe de Asistencia Psiquiátrica de la Dirección Nacional de Salud Mental):

> "Lo conocí (a Juan Corelli[35]) en el Congreso de San Francisco, California de la World Federation of Therapeutic Communities (…) Al volver a Buenos Aires se comenzó a vislumbrar la importancia de los contactos desarrollados en el Congreso de los que también participaron Julio Bello y Carlos Novelli (…) Comenzó a perfilarse una relación más estrecha de nuestro país con el CeIS de Roma que terminó en la organización de un curso de Operadores Socio-Terapéuticos en Roma, del que participaron 18 argentinos y que fue punto de partida de muchas y diversas aventuras institucionales. También comenzó a perfilarse la posibilidad de establecer una Escuela de Formación en Buenos Aires con financiamiento de la ONU y con el aporte técnico del CeIS (Centro Italiano de la Solidaridad), que llevó a designar a Andrea de Dominicis como Director Técnico. En todo este proceso participó la Comisión de Drogas creada en la Presidencia de Raúl Alfonsín como interlocutora nacional. La Coordinadora de las acciones fue Silvia Alfonsín.

[35] Juan Pares Plans, conocido como "Juan Corelli", escenográfo, fue uno de los creadores, junto al Padre Picchi, del modelo del Proggetto Uomo.

El CeIS llegó a tener una valiosa importancia en el desarrollo de las Comunidades Terapéuticas que se habían iniciado en forma entre empírica e intuitiva entre nosotros, sobre todo motivadas por el ejemplo de Carlos Novelli que había creado Programa Andrés. Novelli -que partía de un prejuicio anti-profesional bastante difundido- había fundado FONGA emprendimiento que asumió la representación de un número creciente de instituciones, así como la responsabilidad de avanzar en su legitimación y en su capacitación" (Blogspot de Wilbur Ricardo Grimson, 2009)[36] .

La capacitación se desarrolló en el marco del Proyecto AD/ARG/87/525 firmado entre el Gobierno Nacional, el PNUFID y el CeIS de Roma y capacitó, entre 1988 y 1990 a 27 OST en el Proyecto Uomo de Italia y a 189 OST en Argentina (Touzé, 2006).

La capacitación en el CeIS consistió en vivir la experiencia de la CT, incorporando los elementos técnicos, científicos y espirituales en los que se basaba el Proggetto Uomo. La mitad de los argentinos que participaron de la capacitación no tenía formación académica y mayoritariamente, eran personas que habían logrado *dejar las drogas*, de modo que el proyecto contribuyó a "saldar la antigua rivalidad entre los adictos y sus *comunidades de vida* y entre los profesionales y su dispositivos de salud (mental)" (Touzé, 2006:61).

El valor dado a la experiencia, la atención de los aspectos afectivos y espirituales en la recuperación por uso de drogas, la reflexión grupal, el valor terapéutico del trabajo, la concepción en fases del proceso de tratamiento y la inclusión de las familias eran aspectos del Proggeto Uomo que guardaban similitud con la concepción de las comunidades de vida, lo que pudo haber facilitado la valoración del modelo por parte de los referentes que habían participado de la experiencia.

Con el tiempo, muchos de los operadores terapéuticos formados en el Proggetto Uomo, introdujeron reformas a las comunidades de vida o fundaron comunidades terapéuticas. Su expansión, en la década del ´90, puede vincularse a las características que adquirieron las políticas destinadas al control de la demanda de drogas en el país (Touzé, 2006).

---

[36] Ver: Grimson, Wilbur Ricardo: "*Ha muerto un gigante*", publicado el 22 de octubre de 2009 en http://blogsdelagente.com/drogas/tag/fonga/ (Consulta 8/07/2011).

Capítulo 2 Las políticas de atención por uso de drogas

2.1 Estado y políticas públicas

En tanto puede considerarse que la Salud Mental es una disciplina sociopolítica, los cambios y las continuidades en las políticas sanitarias por uso de drogas, las disciplinas y los dispositivos designados como legítimos para su atención deben analizarse en una perspectiva sociohistórica y no como resultado de la evolución del progreso científico (Galende, 1990).

O´Donnell (1984:2) define al Estado como "el componente específicamente político de la dominación en una sociedad territorialmente delimitada". Por dominación (o poder) entiende "la capacidad actual y potencial, de imponer regularmente la voluntad sobre otros, incluso, pero no necesariamente, contra su resistencia". La dominación es relacional y asimétrica, ya que expresa el vínculo entre sujetos sociales desiguales. La base de la desigualdad consiste en el control diferencial de ciertos recursos que permiten el ejercicio de la coerción. Los recursos claves en la relación de dominación son los medios de coerción física, los recursos económicos, los de información y los ideológicos. En las sociedades capitalistas, la relación fundamental que determina el acceso a los recursos de poder es la relación que se establece entre capitalista y asalariado. Se trata de una relación de explotación; por medio del contrato de trabajo, el asalariado vende su fuerza de trabajo y el capitalista se apropia del valor creado por el trabajo en el proceso de producción. Un elemento central de las sociedades capitalistas consiste en que el asalariado no está obligado a incluirse en el proceso productivo (como en una sociedad esclavista) pero *debe* hacerlo, porque no posee los medios de producción, y si no lo hiciera, no podría subsistir. Asimismo, el capitalista no posee medios de coacción para obligar al asalariado a cumplir el contrato de trabajo o a incluirse en el proceso productivo, ya que éstos están en manos del Estado.

El monopolio de los recursos de coacción constituye al Estado en un actor que garantiza la reproducción de las relaciones de dominación y de los sujetos sociales implicados en ella. Esto significa que el Estado garantiza la reproducción de la burguesía y del proletariado como clases sociales. Esto implica que "lo estatal o propiamente político es simultáneamente garantía de las relaciones capitalistas de producción, de la articulación de clases en dicha so-

ciedad, de la diferenciación sistemática de recursos de poder (sistema de dominación) y de la generación y reproducción del capital" (O´Donnell, 1984:8).

Como garante de la reproducción de las clases sociales, el Estado impone normas que en algunos casos, pueden limitar la explotación o la competencia excesiva de un capitalista particular, pero que tienden a la reproducción del capital. Asimismo, interviene redistribuyendo recursos (fundamentalmente obtenidos mediante el cobro de impuestos) para lograr condiciones sociales que favorezcan la reproducción del sistema de clases, la acumulación y la resolución de problemas generales (inversiones en infraestructura, medios de comunicación, salud, educación, etc.). Estas acciones suelen ser percibidas como externas a las relaciones de producción y por lo tanto, pueden ser vividas como limitaciones por los capitalistas o como victorias, por parte de los trabajadores, pero no representan la posición de un capitalista o de un sindicato en particular, sino que se vinculan a la reproducción de un sistema social (O´Donnell, 1984).

En la vida cotidiana, las instituciones estatales garantizan la reproducción social de dos maneras: por una parte, organizando la sociedad a través de la administración burocrática que cumple tareas rutinizadas, y por otra, dando respuestas a situaciones percibidas como críticas. Las rutinas en las instituciones estatales son el tejido habitual de las múltiples decisiones de sostén y organización de la sociedad. Diariamente, contribuyen a la naturalización y a la legitimación del orden social.

Las crisis se definen por representar una ruptura del orden que obstaculiza la acumulación del capital. Las limitaciones de atención y procesamiento de información, determinan que para que las instituciones del Estado se ocupen de un problema, es necesario que alguien lo plantee desde *afuera*. Plantear un problema como *crisis* es detentar poder. Por ese motivo, la entrada de una cuestión a la agenda de atención de las instituciones estatales es el resultado de una relación de fuerzas entre actores sociales (O´Donnell, 1984:16-17). Frente a la cuestión, cada unidad y aparato estatal involucrado puede tener definiciones del problema y predisposiciones diferentes para solucionarlo que, además, pueden estar influidas por otros actores. Esta influencia es importante tanto en el nivel de formulación de políticas como en su implementación. Las tomas de posición de los actores, entonces, tienen un carácter negociado o abiertamente conflictivo (O Donnell y Ozlak, 1976)

Las *políticas públicas* expresan la posición predominante del Estado frente a la cuestión: son "un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas, que observadas en un momento histórico y en un contexto determinados permiten inferir la posición -predominante- del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad" (O´Donnell y Ozlak, 1976:25).

La toma de posición por parte del Estado no es homogénea, unívoca ni permanente. *Tomar una posición* puede implicar iniciar una cuestión y legitimarla, acelerar algunas de sus tendencias, moderar otras o simplemente bloquearlas. A partir de la intervención estatal puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión.

Para los autores, las políticas estatales son *nudos* del proceso social, en tanto:

- Cuentan con normas de cumplimiento supuestamente obligatorio, en tanto el Estado detenta el monopolio de la violencia legítima.

- Sus políticas repercuten en la sociedad de un modo más extenso que las políticas privadas. Además son importantes factores en la definición del contenido y en la explicación de la existencia misma de la posición de otros actores.

La definición de la cuestión es parte de la cuestión misma e implica un proceso de negociación. Es importante tener en cuenta que la composición y naturaleza de los actores varían a lo largo del tiempo. Por otra parte, las políticas estatales generan procesos internos al Estado mismo. Cuando una unidad toma una posición, suele generar repercusiones *horizontales* (toma de posición de otras unidades) y *verticales* (atribución de competencia y asignación de recursos) a unidades dependientes. Estos efectos suelen producir *cristalizaciones institucionales* o creación de nuevos aparatos burocráticos o modificación de los preexistentes, superponiéndose generalmente con otras burocracias especializadas en otros aspectos de la cuestión. Estas estructuras tienen capacidad para redefinir la toma de posición del Estado frente a la cuestión.

Las tomas de posición por parte del Estado intervienen en el proceso s/e/a. En principio, mediante la redistribución de recursos económicos, las políticas públicas modifican las con-

diciones de vida de la población (alimentación, acceso a vivienda, agua potable, infraestructura básica, etc.) que operan como determinantes del nivel de salud. Asimismo, la regulación de las condiciones de trabajo incide en la exposición de los trabajadores a los riesgos asociados al proceso productivo.

Las políticas sanitarias definen el tipo de problemas que son considerados de *salud pública y* las características de los modelos de atención que deberían darle respuesta. En este sentido, las políticas educativas dirigidas a la formación de especialistas en diferentes disciplinas de la salud y la regulación del ejercicio profesional legitiman la incumbencia de ciertos tipos de curadores y de sus prácticas, por sobre otros; la definición de los derechos y obligaciones de los usuarios y de los especialistas, los procedimientos burocráticos que establecen el modo de acceso a los servicios de asistencia y la definición de estándares de calidad de las prestaciones condicionan el tipo de prácticas que se efectúan en las instituciones de salud.

O´Donnell y Ozlak (1976) plantean la necesidad de estudiar las políticas estatales a partir de las cuestiones, ya que a partir de ellas adquieren sentido y pueden ser explicadas. Además, la historia de la cuestión es la de un proceso social donde intervienen distintos actores y procesos burocráticos esenciales para determinar la naturaleza y las funciones del Estado.

2.2 La cuestión de las drogas: surgimiento y puntos de inflexión (1960-1988).

2.2.1 El surgimiento de la cuestión de las drogas

Hasta fines de la década del ‘60, el uso de sustancias en Argentina era considerado un *vicio privado*, ligado al ascenso social, a la vida *liviana y despreocupada* y no se desarrollaban acciones preventivas o asistenciales específicas para tratar el problema, que no parecía preocupar a la opinión pública (Touzé, 2006).

Pero en el ámbito internacional, el problema de las drogas había surgido como una cuestión sobre la que los Estados debían implementar medidas. En Estados Unidos, el consumo de drogas había dejado de ser considerado una práctica privada y era evaluado como “una muestra de la debilidad moral de grupos considerados amenazantes (chinos, negros, latinos, irlandeses e italianos) para convertirse durante el siglo XX en un delito de carácter planeta-

rio, merced a los convenios de Ginebra" (Touzé, 2006:27)[37]. En 1961 se firmó la *Convención Única sobre Estupefacientes*, que fue ratificada por Argentina en 1963. La Convención clasificó a las sustancias en cuatro clases: las que fueron incluidas en la lista 1 (opio, cocaína, cannabis, sus derivados y numerosas sustancias sintéticas) fueron denominadas *estupefacientes,* y sometidas a un control tan estricto, que en la práctica su consumo y circulación se volvió ilegal (Touzé, 2006:50), en base a fundamentos basados no sólo en criterios de salud pública, sino también en consideraciones de tipo político y económico[38] (Vila, 2006).

Durante la dictadura del Gral. Onganía se sancionó el marco legal que consolidó el tratamiento del *problema de las drogas como delito y como enfermedad*. En 1968, la ley 17.711 modificó el Art. 482, del Código Civil estableciendo que "las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse previo dictamen del médico oficial"[39]. De esta manera, la concepción jurídica del *adicto* se asimiló a la del *demente* y el consumo de drogas al de la enfermedad mental. Esta homologación colocó la atención del problema de las drogas en el campo de la salud mental y lo hizo objeto del saber psiquiátrico (Galante y otros, 2006). Asimismo, la ley 17.818 reprodujo la clasificación y las listas de la Convención Única de Estupefacientes, volviendo ilegal el consumo y circulación de sustancias psicoactivas en el país (Touzé, 2006:50).

La sanción de este marco legal tuvo su correlato en la creación de nuevas instituciones que se ocuparon del problema. En el aspecto sanitario, en 1971 se creó el Servicio de Toxicoman-

---

[37] Touzé, siguiendo a Escohotado (1989) señala distintos procesos que podrían explicar el origen de las políticas *prohibicionistas* en EEUU: el auge de grupos religiosos tradicionales que comenzaron a demonizar los fármacos, especialmente el alcohol; la identificación de ciertas prácticas de uso de sustancias entre distintos grupos étnicos como "desviadas", lo que legitimaba distintas formas de control social (por ejemplo la marihuana entre los mexicanos o el opio entre los chinos); la conformación del campo de la medicina, que, hasta entonces disputaba su competencia con los grupos religiosos; la expansión administrativa del Estado, que comenzó a brindar asistencia médica a los toxicómanos y a los alcohólicos (antes reservado a la sociedad civil) y la Guerra del Opio, en China. En este conflicto, Inglaterra disputó el control del mercado de la sustancia, debido a que el gobierno chino había prohibido su importación y el cultivo de adormidera. Estados Unidos intervino en la disputa y propuso una conferencia internacional en Shangai en 1909, que sería el germen de las políticas prohibicionistas a nivel internacional. Estas políticas dieron origen a los Convenios de Ginebra, que fiscalizaron los estupefacientes. En 1925 se firmó el primero (Touzé, 2006:25-27).

[38] Por ejemplo, Kandel observó que la nicotina era más adictiva que el alcohol, la cocaína y la marihuana y Vaccarino y Rotzinger hallaron que mientras que la morbilidad mundial atribuida al tabaco es del 4,1% y al alcohol es del 4%, la morbilidad mundial atribuida al conjunto de las drogas ilícitas es del 8,8% (citados en Vila, 2006:83).

[39] Modificado por la Ley 26.657 de Salud Mental.

ías del Hospital Borda y el Centro de Prevención de Toxicomanías en la Universidad de Buenos Aires. Durante la presidencia del Gral. Lanusse, el problema comenzó a ser de incumbencia del Ministerio de Bienestar Social y se creó la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON). En 1973 se creó un organismo que aunque dependía de ese ministerio, era descentralizado: el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO) (Touzé, 2006: 52).

A principios de los '70, el campo de la atención por uso de drogas había adquirido especificidad: se sancionó legalmente la concepción y el tratamiento del problema como delito/enfermedad mental, se crearon nuevas instituciones y se formaron especialistas en el tema.

2.2.2 Un punto de inflexión: el problema de las drogas como amenaza a la seguridad nacional

En los ´70, en una década caracterizada por profundos cambios políticos y culturales[40], Estados Unidos calificó el aumento del consumo de drogas como una *amenaza a la seguridad nacional*[41]**,** asociando la producción y el tráfico de sustancias ilícitas con la guerrilla en América Latina. En Argentina, José López Rega, Ministro de Bienestar Social durante el gobierno de Isabel Perón y fundador de la Triple A, consideró a la prevención de la toxicomanía como parte de la lucha contra la subversión.

López Rega promovió la sanción de la ley 20.771, que aumentó las penas por tráfico de drogas, impidió la excarcelación de los imputados y penalizó la tenencia de estupefacientes, aunque fueran destinados al consumo personal. Poco después, se dictó el Decreto 261 que

---

[40] Entre los más importantes de la época se puede mencionar a los movimientos pacifistas y de "contracultura", Mayo del '68 en Francia, los procesos de emancipación en Africa, la Revolución Cubana y la guerra de Vietnam.

[41] La Doctrina de la Seguridad Nacional se construyó en el contexto de la "Guerra Fría" que consistió en una estrategia post-bélica que respondió a la división geopolítica mundial en dos bloques: el occidente, cristiano y capitalista y el oriente, comunista y ateo. Retomando el concepto de Guerra Total de Hitler, involucraba aspectos económicos, militares, políticos, científicos, culturales y tecnológicos. En Occidente la Doctrina de la Seguridad Nacional contenía los principios básicos para garantizar el desarrollo del hombre y de la colectividad nacional frente a intervenciones de cualquier origen. Esta doctrina consideraba que América Latina tenía una mayor vulnerabilidad frente a la "amenaza comunista" y sostenía que las Fuerzas Armadas de cada país debían asumir la conducción del Estado en la defensa de los valores nacionales. Esta concepción se tradujo en el apoyo a la intervención militar en la región. Un dato muestra la relevancia de esta política: en 1973, más de 170 graduados de la Escuela de las Américas -un centro de capacitación estadounidense para militares latinoamericanos- eran jefes de gobierno, ministros, comandantes, generales o directores de inteligencia (Velásquez Rivera, 2002).

ordenaba *aniquilar* a la subversión y se creó el Departamento de Prevención de la Toxicomanía de la Policía Federal.

El Proceso de Reorganización Nacional[42] profundizó estas políticas, y la lucha contra las drogas se transformó en uno de los aspectos más abusivos de la represión. En sintonía con esta forma de construcción del problema, la Corte Suprema en los fallos *Colavini* (1978) y *Valerio* (1981) sostuvo que los drogadictos eran potencialmente peligrosos porque constituían "*la base social del narcotráfico"*, ya que sin los consumidores, éste no existiría. En este contexto, los usuarios de drogas comenzaron a percibirse como *contestatarios*, *peligrosos para la sociedad*, y el problema drogas comenzó a transformarse en un problema político (Touzé, 2006:55).

La lucha anti-drogas constituyó una de las prácticas más abusivas de la Dictadura Militar. En este marco, en 1976, el CENARESO firmó un acuerdo con el gobierno de EE.UU. para la lucha contra el uso indebido de drogas y el tráfico ilícito, siendo la primera vez que una institución asistencial generaba políticas a nivel nacional e internacional (Touzé, 2006: 56).

2.2.3 La diversificación y la expansión de la asistencia por uso de drogas.

El retorno a la democracia, en 1983, significó "la reivindicación de los derechos humanos, en la posibilidad del acceso a los servicios públicos y una mayor equidad en la distribución de los ingresos" (Alberdi, 2003:225). En este contexto, el Estado tuvo una tendencia de mayor tolerancia hacia el problema de las drogas. La imagen sobre los usuarios de drogas cambió: de ser considerados una *amenaza para la seguridad nacional*, pasaron a ser considerados como *enfermos con conductas autodestructivas*.

En un clima de renovada participación popular, creció la inclusión de las organizaciones no gubernamentales en la prevención y la asistencia por uso de drogas. Al respecto puede mencionarse que la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas

[42] Perry Anderson sostiene que las intervenciones militares de la década del 70 en América Latina eran *contrarrevoluciones preventivas* para eliminar a la izquierda que apuntaba al socialismo. Para él, la función esencial de las dictaduras fue traumatizar a la sociedad civil en su conjunto con una dosis de terror suficiente para asegurarse de que no "habría ninguna tentación ulterior de reincidir en desafíos revolucionarios contra el orden social vigente, para romper cualquier aspiración o idea de un cambio social cualitativo desde abajo" (Anderson: 1988).

(CONCONAD), creada en 1985 en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social contempló en su estructura a un Comité Asesor formado por organismos no gubernamentales. Asimismo, la Fundación Convivir, presidida por Anne Morel de Caputo, esposa del Ministro de Relaciones Exteriores y Culto y dirigida por Silvia Alfonsín de Martínez Kane, hermana del presidente, se constituyó en una entidad de apoyo a las tareas de investigación y asistencia tanto de las ONGs como de distintos organismos gubernamentales. En este contexto, el gobierno nacional firmó el Proyecto AD/ARG/87/525, que promovió la capacitación de referentes de las comunidades de vida y de especialistas con formación académica en el modelo del CeIS[43].

A mediados de 1989, Argentina vivió una crisis socioeconómica sin precedentes. La inflación llegó al 214% anual, se profundizó la concentración del capital y los salarios perdieron su valor, al punto de poner en cuestión la sobrevivencia de los sectores populares. Esta situación que ha sido caracterizada como de *terrorismo económico* (Guerrero, 1994) provocó el adelantamiento de la entrega del mandato presidencial a Carlos Menem. En un nuevo marco internacional, que profundizaba el alcance del prohibicionismo en las políticas de drogas, y con un diagnóstico sobre la crisis que se centraba en la necesidad de reformar el Estado, el gobierno de Menem creó nuevas instituciones destinadas al control del problema de las drogas y sancionó una nueva legislación que modificó el campo de la atención por uso de drogas en el país.

[43] Ver punto 1.3.3: “Las comunidades terapeúticas: un modelo alternativo”, pag. 28.

Capítulo 3 La reforma del sistema de salud.

El gobierno de Carlos Menem explicó la crisis económica de 1989 como resultado de los programas de regulación de precios y salarios del gobierno de Alfonsín y de la excesiva intervención del Estado en la esfera pública. Se sostuvo que para evitar un nuevo proceso hiperinflacionario era necesario reformar el Estado y ajustar las demandas sociales a las variables socio-económicas. Si bien la gravedad de la situación argentina parecía justificar por sí misma la necesidad de la reforma, cabe señalar que la cuestión era tema de debate a nivel internacional desde hacía más de veinte años.

3.1 La necesidad de las reformas en los países centrales

En Europa, a fines del siglo XIX, frente a la movilización de los trabajadores que luchaban por modificar sus deplorables condiciones de vida[44] surgió un nuevo tipo de Estado: el *Estado Benefactor* o *Estado de Bienestar*. Sus políticas de asistencia no eran discrecionales y esporádicas (como las acciones de beneficencia), sino que estaban dirigidas a todos los ciudadanos, creando derechos garantizados jurídicamente, que facilitaron el acceso de amplios sectores de la población al consumo de bienes y servicios (Isuani, 1991; Abal Medina y Barroetaveña, 2000)[45].

Las políticas del Estado Benefactor (EB) se implementaron en Estados Unidos en la década de 1930 como forma de afrontar una profunda crisis económica, cuya manifestación más importante era el elevado desempleo[46]. John Maynard Keynes sostuvo que el gasto efectuado por los trabajadores ampliaría la demanda de bienes y servicios y propuso, para salir de la crisis, que el Estado creara puestos de trabajo e interviniera activamente en la economía.

---

[44] En Dinamarca se sancionó la Ley de Pensiones en 1891 y el Plan de Desempleo en 1907; en Alemania implementaron programas de salud en 1833, de seguros de accidentes en 1871 y de pensiones en 1889; en Francia se implementaron programas de desempleo en 1905 y de pensiones en 1895 (Strada Saénz, 2000:194).

[45] Cabe señalar que no hubo un "único Estado de Bienestar". Esping Andersen (1990) distingue tres modelos (que llama "mundos"): un modelo anglo-sajón, en el que el Estado asiste principalmente a los pobres; un modelo corporativo, aplicado fundamentalmente en Alemania, Francia e Italia, que asiste a todos los individuos pero manteniendo la diferenciación por status social y requiere, normalmente, que se efectúen aportes para otorgar prestaciones y un modelo escandinavo, universalista y fuertemente desmercantilizador, que asiste a todos los ciudadanos.

[46] En 1932, en Alemania, los salarios nominales eran 60% inferiores a los de 1929, el desempleo había subido de 1.862.000 en 1928 a 6.042.000 en 1932 (Prebish, 1971, citado por Strada Saénz, 2000).

El *Estado de Bienestar Keynesiano* tuvo como objetivo el logro del pleno empleo (Strada Saénz, 2000; Abal Medina y Barroetaveña, 2000).

El EB no sólo logró elevar sustancialmente el nivel de vida de la población[47]. También estableció un *pacto social* entre trabajadores y empresarios que se basó en la capacidad del Estado para impedir las crisis interviniendo en la economía y para redistribuir la riqueza. Esta nueva configuración estatal se consolidó como un espacio de negociación entre las clases sociales, al incorporar a los sindicatos y a los partidos políticos como actores con capacidad de influir en las acciones de gobierno (Strada Saénz, 2000).

Después de más de dos décadas de auge, en los ´70, el EB entró en crisis. La crisis se expresó en un hecho inusitado hasta entonces: elevados índices de desempleo e inflación. Para controlarla, los economistas de la Universidad de Chicago propusieron efectuar un *ajuste estructural* que consistía en: limitar las políticas monetarias sólo a la adecuación de la oferta de moneda al volumen de las transacciones, utilizar la política fiscal únicamente para objetivos microeconómicos y restaurar la competencia en el mercado mediante la desregulación de las actividades económicas y la privatización de las empresas públicas. La aplicación de estas políticas provocaron el aumento del desempleo, la desestructuración del *pacto social* del EBK y la reforma de los aparatos burocráticos estatales (Strada Saénz, 2000).

En 1993, el Banco Mundial publicó el "Informe sobre Desarrollo Mundial: Invertir en Salud" donde definió una serie de propuestas en materia de políticas sanitarias destinadas a impulsar la reforma de los sistemas sanitarios a nivel internacional. Estas propuestas se basaron en tres premisas fundamentales:

- que la salud pertenecía al ámbito privado, lo que implicaba que el Estado debería actuar sólo cuando los privados no pudieran o no quisieran hacerlo (principio de *subsidiaridad*);
- que el sector público era ineficiente e inequitativo, debido a que sus políticas estaban influenciadas por distintos intereses y

[47] En Europa occidental, a mediados de la década del '30, la mitad de la población estaba protegida contra accidentes, invalidez o enfermedad. A mediados de la década del '70, más del 90% tenía seguro frente a la vejez, invalidez o enfermedad, más del 80% contra accidentes y el 60% contra desempleo (Pierson, 1991, citado por Strada Saénz, 2000).

- que los recursos en salud eran escasos, de modo tal que las políticas públicas debían centrarse sólo en la atención de la pobreza crítica, porque por definición, los pobres no pueden resolver sus necesidades en el mercado.

El Banco Mundial asignó un papel de primer orden a los agentes privados: los que operaban en el mercado con fines de lucro, las instituciones y las organizaciones privadas no lucrativas y las familias e individuos, quienes fueron considerados responsables de sostener conductas saludables. En esta concepción, quienes enfermaban eran personas *irresponsables,* que generaban un costo para la sociedad (Iriart, 2008). Para el Banco Mundial, las ONGs eran más eficientes que el Estado para resolver problemas de salud y, por lo tanto, recomendó que se las apoyara financieramente y que se les encargara tareas gubernamentales. En cuanto a los agentes con fines de lucro, se promovió la creación de fondos de seguros de salud con la iniciativa de la asistencia clínica a cargo de empresas privadas. Aunque estas propuestas eran congruentes con un escenario de crisis fiscal, estaban orientadas a transformar la atención de la salud en un mercado altamente rentable (Laurell, 1995)[48].

En este contexto, la *atención gerenciada* se presentó como una estrategia para reducir costos gracias al aumento de las prácticas preventivas y al uso racional de los recursos de diagnóstico, en base a evidencias científicas. Si bien este modelo produjo ganancias para el capital financiero, limitó el acceso de la población a la atención de la salud, lo que llevó al gobierno estadounidense a regular la actividad, provocando que las administradoras se extendieran a otros países (Iriart, 2008).

La reforma del sistema de salud requirió que se produjera un cambio en el sentido común sobre la salud; debía dejarse de pensar a la salud como un *derecho* que el Estado debía garantizar para concebirla como un *bien* que podía adquirirse en el mercado (Iriart, 2008).

---

[48] Laurell (1995) advirtió que a mediados de la década de los noventa, el gasto en salud representaba el 8 al 12% del PBI de los países de altos ingresos y del 3 al 5% de los países con ingresos medios.
En Estados Unidos, las Organizaciones de Atención Gerenciada o Manage Care Organizations (MCO), obtuvieron la desregulación de los programas públicos de salud (Medicaid y Medicare), constituyéndose en administradoras de fondos públicos y en contratistas de servicios de atención para sus afiliados.

3.2 La reforma del Estado en Argentina

Con la llegada del peronismo al poder[49] a mediados de la década del ´40, se instauró en Argentina un modelo estatal que expandió los servicios sociales y que intervino activamente en la economía. Pero a diferencia de otros países, en los que el *ciudadano*, independientemente de su posición en el mercado de trabajo, constituyó el sujeto titular de los derechos a las prestaciones de la seguridad social, en Argentina la expansión de los derechos sociales se dirigió a distintas categorías de sujetos, entre los que fue central la categoría de *trabajador*. Particularmente en el área de la salud, mientras que los servicios públicos tuvieron como sujeto a la ciudadanía en general, las obras sociales se constituyeron en torno al trabajador de cada categoría ocupacional (Grassi y otros, 1994)[50]. Los gobiernos que sucedieron al peronismo[51] cuestionaron sus políticas estatales y promovieron distintas reformas. Sin embargo, las características centrales del modelo se mantuvieron: aún en períodos de inestabilidad política y de la vulneración sistemática de los derechos políticos, los *derechos del trabajo*, las políticas sociales y la intervención en la economía continuaron siendo ejes de las políticas públicas.

En la década del ´70, el alto grado de movilización política de la sociedad, cuyo actor principal era el movimiento obrero organizado, representó una limitación para la expansión del capitalismo financiero internacional. El Terrorismo de Estado del Proceso de Reorganización Nacional (1976-1983) resultó un instrumento de disciplinamiento social, destinado a aniquilar la oposición a la adecuación del modelo económico local a las necesidades del capitalis-

---

[49] Juan Domingo Perón, como Secretario de Trabajo y Previsión del gobierno de Edelmiro J. Farrell, había logrado el apoyo de importantes sectores de la industria nacional, de las Fuerzas Armadas y fundamentalmente, del movimiento obrero. Algunas medidas fueron muy importantes en la construcción de esta relación: vacaciones pagas, pensiones, compensaciones por accidentes, planes de vivienda y creación de nuevos tribunales de trabajo. Al asumir la presidencia, el Gral. Perón nacionalizó las inversiones extranjeras y el Banco Central, congeló alquileres, estableció precios máximos, creó planes de vivienda y universalizó el sistema jubilatorio (Muller, 2002).

[50] Tobar (2002) señala que algunos autores proponen hablar de *Estado de Compromiso* o de *Welfare State a la criolla*.

[51] A fines de la década del ´40, el gobierno peronista debió enfrentar una crisis económica y su modo de enfrentarla fue cuestionado por sus más importantes bases de apoyo: los sindicatos y el Ejército. A principios de 1953 la situación se volvió más violenta, con bombas en manifestaciones oficiales y una política de represión a la oposición. En 1955 se produjo un bombardeo en Plaza de Mayo, sobre la población civil. En agosto de ese año, Perón fue derrocado y asumió como presidente de facto el General Lonardi. Desde ese momento y hasta la década del ‘70, el peronismo enfrentó la proscripción y el exilio del líder (Muller, 2002).

mo financiero internacional. Durante el gobierno militar se liberaron los mercados de capitales, aumentó exponencialmente la deuda pública, se terciarizó la estructura productiva y aumentó el desempleo y la informalidad laboral (Villareal y otros, 1987).

Con la caída de la Dictadura, se planteó la necesidad de reformar el Estado para democratizar sus estructuras y sus procedimientos en base a los principios de la reivindicación de los derechos humanos, la revalorización del acceso a los servicios públicos y una mayor equidad en la distribución del ingreso (Alberdi, 2003). Pero el gobierno de Raúl Alfonsín no tuvo la capacidad de desconocer o de renegociar la elevada deuda pública contraída durante la Dictadura Militar, lo que condicionó su autonomía para definir las políticas económicas. Por otra parte, en un contexto de crisis internacional, las posibilidades de restaurar el Estado de Bienestar eran limitadas. Su gobierno, que no había logrado el apoyo de los sindicatos, los empresarios, los agroexportadores y la banca internacional, terminó en un proceso hiperinflacionario, que desembocó en el surgimiento de la necesidad de la reforma del Estado como *la* cuestión socialmente problematizada por excelencia (Guerrero, 1983; Thwaites Rey, 1999). En los años subsiguientes, fue ganando consenso la idea que presentaba a la crisis como el resultado de la intervención del Estado en la economía y de la incapacidad para controlar el déficit fiscal, ante las presiones de los sindicatos por mejoras salariales. Se sostuvo que si se satisfacían las demandas sociales se llegaría a un nuevo período hiperinflacionario, de manera que éstas debían ajustarse a las variables macroeconómicas (Grassi y otros, 1994).

La banca internacional, siguiendo los principios neoliberales que habían desarticulado el Estado de Bienestar en los países centrales, exigió que se efectuaran *ajustes estructurales* para otorgar apoyo crediticio (Grassi y otros, 1994). Frente a un Estado que había amenazado la subsistencia de los ciudadanos, la propuesta de la *vuelta al mercado* como fuente de asignación de recursos fue presentada como una posibilidad de recuperación del poder de la sociedad civil. El ideal de la equidad (como distribución de los recursos según las necesidades) reemplazó al ideal de igualdad como fin de la política pública (Thwaites Rey, 1999).

Los principales instrumentos de la reforma fueron: la *descentralización*, que transfirió responsabilidades de gestión a las provincias (en la mayoría de los casos, sin asignarles las partidas presupuestarias correspondientes); *la privatización* que implicó la venta de empresas y

bienes del Estado; la *desregulación* de la economía, lo que implicó no sólo considerar superflua u obstaculizadora la regulación de las actividades económicas, sino también desmantelar los organismos de control; la *tercerización* de servicios, que llevó al Estado a contratar en el mercado la provisión de insumos y servicios antes suministrado por entidades propias y la *reducción del personal*[52] (Ozlak, 1999).

Se argumentó que la descentralización podía contribuir a la consolidación de la democracia, ya que en el ámbito local era posible lograr la participación de la comunidad en la distribución de los ingresos y en el control del gasto, superando la idea del sufragio como único instrumento de acción ciudadana. También se afirmó que los gobiernos locales tenían un mayor conocimiento de los problemas a resolver lo que les permitía administrar más adecuadamente los recursos y ser más eficientes que el gobierno central en la implementación de políticas públicas. Aunque los estados provinciales comenzaron a tener un papel de mayor relevancia en el vínculo Estado-ciudadanía, la transferencia de los servicios públicos a las provincias se efectúo sin que éstas contaran con los recursos financieros y organizativos necesarios para gestionarlos (Ozlak, 1999).

Las privatizaciones constituyeron un eje de las políticas de Reforma del Estado[53] del gobierno de Menem, quien sostenía que eran un instrumento fundamental para lograr la eficiencia de un aparato estatal que se percibía como burocrático e ineficiente. Sin embargo, la regulación de la prestación de los servicios fue escasa, resignando el interés de los usuarios a la maximización de la ganancia de las nuevas empresas (Thwaites Rey, 1999).

En cuanto a las políticas asistenciales, se criticó el universalismo del EB, explicitando que el logro de la equidad significaba *otorgar beneficios a quien lo mereciera*. Las políticas públicas tuvieron un corte focalizado, lo que significó un mayor control sobre la vida de los pobres, que debían someterse a un proceso de prueba de la situación de pobreza para acceder a los

---

[52] Mientras que en 1990 la dotación de personal de la Nación ascendía a 900.000 empleados, en 1997 eran 300.000 (Ozlak, 1999:3).

[53] Thwaites Rey (1999:3) menciona que "se privatizaron la empresa de aeronavegación, los teléfonos, mil kilómetros de la red vial, la generación y distribución de electricidad, la distribución y el transporte del gas, la red de distribución de agua y sistema cloacal, cuatro empresas petroquímicas, las principales líneas y ramales ferroviarios de pasajeros y de cargas, tres elevadores terminales de puertos, dos acerías, tres fábricas militares, una empresa carboquímica, el mercado de hacienda, dos canales de televisión, un hipódromo y un hotel; se concesionaron cincuenta y nueve áreas marginales de la Secretaría de Combustibles y se celebraron contratos de explotación en 8 áreas centrales, amén de la trascendente privatización parcial de la mayor petrolera estatal (YPF), el Correo Argentino y la red de aeropuertos".

recursos. La focalización como criterio predominante para asignar los recursos asistenciales expresó la profundidad de los cambios sociales: implicó reconocer que el pleno empleo no podía constituir la base para la asignación de recursos, no sólo debido al alto índice de desocupación, sino también porque había dejado de ser el objetivo primordial de las políticas estatales (Grassi y otros, 1994).

La palabra terciarización es una traducción del inglés *outsourcing*, que en el ámbito empresarial se refiera al procedimiento por el que se concede la producción de un bien o la prestación de un servicio a terceros. Se basa en la idea de que las organizaciones no pueden especializarse en todas las actividades que forman la cadena productiva y que es mejor contratar a quienes pueden producir bienes o prestar servicios específicos a mejor precio y calidad. De este modo, las organizaciones que las contratan pueden concentrarse en las acciones específicas de su competencia (*core competence*), cumpliendo sus objetivos de modo más eficaz y eficiente. Para que la terciarización sea exitosa, es necesario que se defina con claridad cuáles son las áreas de trabajo centrales de una empresa y cuáles las operativas o auxiliares, es decir susceptibles de ser tercerizadas. Asimismo, es necesaria la existencia de muchos prestadores para garantizar condiciones adecuadas de calidad y precio. Cuando la terciarización se efectúa en el marco de procesos de reforma del Estado, existe consenso en la necesidad de la existencia de un marco regulatorio que regule la relación del Estado con las empresas y de éstas con los usuarios y de mecanismos de auditoría. También se advierte sobre la importancia del desarrollo de capacidad de fiscalización estatal para evitar el fracaso en el experiencia y evitar que los ciudadanos queden *indefensos* frente a las decisiones de las prestadoras (Franco y Alvarez, 2003).

Con estas medidas, se logró detener la hiperinflación y el PBI creció sostenidamente durante algunos años. Pero el crecimiento económico significó el deterioro de las condiciones de vida de la población: la economía se concentró, el salario disminuyó en forma global y creció el desempleo y el subempleo (Moyano y Escudero, 2005)[54].

[54] Hacia el año 1993 la tasa de desempleo no superaba los dos dígitos, pero ese nivel superó el 20% en 2002. La suma de subempleo y desempleo que en 1990 alcanzaba al 15,2% de la Población Económicamente Activa (PEA), llegó al 37,2% en 2002 (Moyano y Escudero, 2005).

3.2.1 La reforma del sistema de salud

La conformación del sistema de salud

El sistema de salud en Argentina está compuesto por tres subsectores: público, privado y de obras sociales, con actores y lógicas diferenciales. El subsector público se conformó fundamentalmente durante la gestión del Ministro Ramón Carrillo (1946-1955), durante la presidencia del Gral. Juan Domingo Perón. Carrillo impulsó la sanción de leyes que garantizaron la financiación y la sustentabilidad de los servicios de salud públicos, en un sistema basado en la universalidad y la gratuidad de la atención sanitaria[55]. Por otra parte, el gobierno apoyó la expansión de las obras sociales sindicales, lo que significó avanzar en un sistema de seguros de salud, en contradicción con las políticas universales de Carrillo. Ambos sistemas eran la expresión de distintos tipos de Estados de Bienestar. La seguridad social (modelo británico) se vinculó a la necesidad de integración social de los ciudadanos en el período de posguerra. Se financió con rentas generales del Estado y la cobertura sanitaria se extendió al conjunto de la sociedad. En cambio, el seguro social (modelo alemán) se basó en mecanismos de solidaridad de clases y constituyó un elemento de protección de los trabajadores frente a las consecuencias negativas de la industrialización. El tipo de riesgo laboral definía el alcance de la cobertura, que se financió con aportes de los trabajadores y de los empleadores, con la participación tutelar del Estado (Perrín, 1978, citado en Grassi y otros, 1994).

El modelo de seguro de salud se afianzó durante el gobierno del Gral. Onganía (1966-1970), quien en 1970, en alianza con sectores empresariales y sindicales, sancionó la Ley 18.610, de Obras Sociales. La Ley estableció la afiliación obligatoria a las obras sociales de todos los trabajadores en relación de dependencia. El subsector se extendió y se organizó según ramas de actividad, estratificando la cobertura de los trabajadores. En el subsector público, Onganía promovió la descentralización y la desburocratización de la atención transfiriendo a las provincias la administración de la red hospitalaria nacional, sin aumentar sus recursos, lo que profundizó sus carencias. Estas políticas expandieron el mercado de clínicas y sanatorios privados contratados por las obras sociales, mientras que los trabajadores informales y los

[55] En este punto fue muy importante el papel de la Fundación Eva Perón, que contribuyó a la creación de hospitales pero desde una institución que, aunque se financiaba con fondos públicos, era externa al aparato burocrático estatal.

desocupados fueron atendidos por el subsector público (Alberdi, 2003; Tobar, 2002; Belmartino, 1991).

La Dictadura Militar (1976-1983) profundizó la transferencia de los establecimientos asistenciales de jurisdicción nacional a las provincias y se arancelaron las prestaciones del subsector público (con el argumento de que eran utilizados por los afiliados de las obras sociales). El subsector público perdió su perfil universal, para ser pensado en términos *residuales* lo que *des-ciudadanizó* a los usuarios del hospital, que comenzaron a ser percibidos como pobres. En contrapartida, se comenzó a percibir a los afiliados de las obras sociales como *privilegiados*, lo que facilitó la introducción de reformas en el sistema (Danani, 2003). En este sentido, la ley 22.269 permitió cambiar la afiliación obligatoria a una obra social sindical por la afiliación a un sistema de prepagos o seguro privado. Esta política no sólo estaba destinada a quebrar la solidaridad grupal de los trabajadores, sino también a fortalecer el crecimiento del subsector privado (Faraone, 2006).

Durante el gobierno de Alfonsín (1983-1989), el ministro de salud, Aldo Neri, retomó la idea de integrar el sistema a partir de la creación de un Seguro Nacional de Salud, pero el proyecto no pudo sortear la oposición de los sindicatos y las dificultades para sostener la gobernabilidad del país (Alberdi, 2003).

Las políticas sanitarias en los '90

De acuerdo a la teoría económica clásica, la competencia es el mecanismo más eficiente para adecuar la oferta de servicios a las necesidades de los consumidores y elevar la calidad de las prestaciones abaratando los precios. La visión neoliberal, hegemónica en la explicación de la crisis del Estado en los ´90, retomó este principio, pero considerando que ciertos bienes, como la salud, eran *meritorios*, es decir que no se podía dejar librada su prestación al mercado, y que el Estado debía garantizar su provisión independientemente del ingreso o condición social de las personas (Stiglitz, 1992, citado en Alonso, 1999). Por lo tanto, la intervención estatal debía concentrarse en corregir las *fallas* que restringían la competencia en el mercado de salud (Danani, 2003)[56].

[56] Según la teoría neoclásica, para que los mercados sean competitivos es necesario que se cumplan las siguientes condiciones: 1) existencia de un elevado número de compradores y vendedores (de modo que sus decisiones individuales no puedan tener efecto sobre los precios de las mercancías); 2) tanto compradores como vendedores

La concepción neoliberal de la salud representaba un verdadero cambio de paradigma, que se plasmó en la Reforma Constitucional de 1994, cuyo texto consideró el derecho a la salud desde el punto de vista del consumidor de bienes y servicios (Moyano y Escudero, 2005)[57, 58]. Las reformas en salud tendieron a promover la libre competencia entre las instituciones de todos los subsectores en base al derecho de los usuarios a elegir libremente entre ellas, de acuerdo a criterios de calidad y precio. Estos principios, que habían sido adoptados por la Dictadura Militar, consolidaron criterios de mercado con reglas diferenciales según la capacidad de pago de los usuarios, mercantilizando el derecho a la salud (Faraone, 2006).

La tercerización de la provisión de los servicios

En el modelo gerencial de administración pública, se consideraba indispensable que las agencias estatales que se ocupaban de los servicios sociales formularan, regularan y financiaran políticas, pero que transfirieran a las organizaciones de la sociedad civil la provisión de los servicios. Es importante considerar que este pasaje no era considerado una privatización, sino que también se aludía a la creación de un tercer marco institucional: *lo público no estatal*, en donde *lo público* refería a la capacidad de la sociedad para actuar en conjunto con el Estado (Bresser Pereira, 2004). En este marco, se consideraba que los grupos sociales que asumían el espacio público no estatal tenían un importante compromiso ideológico con el problema del que se ocupaban y un estrecho vínculo con los usuarios. Por lo tanto, se esperaba que sus motivaciones superaran la maximización de ingresos y los volvieran más eficientes en servicios donde la dedicación de los prestadores era fundamental. Desde esta perspectiva, se sostenía que la cooperación entre Estado y grupos fuertemente motivados y especializados en la resolución de problemas complejos podría dar lugar a soluciones inno-

---

deben ser indiferentes con respecto a quién comprar o vender; 3) todos los compradores y los vendedores deben tener un conocimiento pleno de las condiciones generales del mercado y 4) la posibilidad de la libre movilidad de los recursos productivos, lo que asegura que las empresas tengan libertad de salida y entrada al mercado (Mochón y Beker, 1997). El mercado de salud es imperfecto porque: el producto que se ofrece no es homogéneo; existe un bajo número de oferentes; el consumidor carece de la información necesaria para evaluar la necesidad de la adquisición del servicio o su calidad; el consumo de servicios sanitarios se efectúa en una relación que se caracteriza por la asimetría del conocimiento entre usuario del servicio-especialista; el costo del servicio no es abonado directamente por el usuario; existen externalidades, es decir, que tanto especialistas como usuarios de los servicios no pueden evaluar el impacto de factores externos (procesos socioeconómicos, ambientales, hábitos, etc.) en el acto médico (Stiglitz, 1992, citado en Alonso, 1999).

[57] Art. 42, Constitución de la Nación Argentina.

[58] El derecho a la salud fue establecido sólo en los Tratados Internacionales incorporados a la Constitución: la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art. 25 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos. Sociales y Culturales, Art. 12.

vadoras que podían incrementar los recursos existentes. En este modelo, el Estado tenía un importante rol como regulador, para evitar el clientelismo y los abusos de poder en la relación entre los prestadores y los usuarios, controlar los precios y verificar la calidad de las prestaciones (CLAD, 1998).

La reforma del subsector público: el hospital Público de Autogestión (HPA)

En el subsector público, la reforma se centró en suprimir la superposición de grupos beneficiarios, en base al argumento de que los afiliados de las obras sociales podían utilizar los servicios de los hospitales públicos, sin costo para la entidad de pertenencia. Como solución se propuso que sólo se atendiera en forma gratuita a las personas sin recursos, quienes debían ser evaluadas por los servicios sociales para demostrar su condición de tales. En 1993 el decreto 578 autorizó a los hospitales públicos (redefinidos como Hospitales Públicos de Autogestión -HPA-) a cobrar sus prestaciones a las obras sociales y a la población con capacidad de pago. La creación del HPA tenía la intención de reemplazar el financiamiento a la oferta de servicios de salud por un subsidio a la demanda (decreto 578/93), lo que apuntaba a que los hospitales públicos compitieran con las obras sociales y las empresas de medicina prepaga (Danani, 2003).

La desregulación de las obras sociales sindicales

En el subsector de obras sociales, las reformas se propusieron mejorar la calidad de la atención mediante el aumento de la competitividad. Se argumentó que la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores a la obra social del gremio al que pertenecían había significado mantenerlos *cautivos* de las obras sociales, sin poder enfrentar el aumento del costo y el deterioro de los servicios sanitarios. Se advertía que esta situación había generado un número excesivo de entidades cuyas prestaciones eran muy dispares entre sí, lo que cuestionaba el principio de solidaridad que había fundamentado la creación del subsector. También se sostenía que esta situación había contribuido a consolidar el poder de los sindicatos más importantes, cuyas estrategias corporativas, en muchos casos, habían sido funcionales a los sectores gobernantes, sin fortalecer las condiciones de vida de los trabajadores a quienes representaban. En este contexto, la posibilidad de la *libre afiliación* y la declaración del carácter personal de los trabajadores a las obras sociales (Decreto 9/93) fueron presentadas como medidas que tendían no sólo a mejorar la calidad de los servicios, sino también a promover

el ejercicio de la libertad de los trabajadores frente a las *corporaciones* sindicales. Este discurso gubernamental sobre la necesidad de las reformas expresaba un cambio en las relaciones entre gobierno y sindicatos, cuyo poder se intentaba disminuir (Danani, 2003).

Otro punto importante de la reforma consistía en la *apertura* del sistema a la competencia con empresas de medicina prepaga, proceso que estaba financiado por préstamos del Banco Mundial (programas PRESSAL y PROS). Aunque este aspecto de la reforma fue seriamente resistido por los sindicatos y no pudo ser puesto en práctica, algunas obras sociales sindicales contrataron a empresas de medicina prepaga para ampliar la cobertura de los afiliados de mayores ingresos, lo que profundizó la fragmentación de la atención de la salud de los trabajadores (Belmartino, 2005).

Hacia el año 2001, el aporte de las obras sociales al sistema de salud era poco significativo (Panadeiros, 2001). Sin embargo, la medida contribuyó a reforzar la percepción de que los servicios públicos de salud eran *para pobres*, en un proceso que podría caracterizarse como de des-ciudadanización de los sectores populares (Danani, 2003).

En este contexto, el problema de las drogas ocupó un lugar relevante en la agenda pública y se transformó en una cuestión que el Estado debía atender, tanto desde el ámbito penal como desde el sanitario (Touzé, 2006). Lógicamente, los principios ligados a la reforma del sistema de salud orientaron el diseño de las políticas destinadas a la atención de la salud de los usuarios de drogas.

Capítulo 4 Metodología

El estudio es de tipo descriptivo y cualitativo. Se triangularon datos secundarios de diversas fuentes. En primer lugar, se conformó un corpus compuesto por textos de las leyes, resoluciones, programas, planes de acción, y otros documentos oficiales referidos a la regulación de las comunidades terapéuticas en el período 1990-1999. Estos materiales fueron organizados temporalmente y se elaboró una guía de observación que incluyó las siguientes dimensiones de análisis:

a) Objeto de la regulación: definiciones sobre el problema que motivó la redacción de la norma; sobre el uso y los usuarios de drogas; el tipo de especialistas que debe atender a los usuarios (formación, acreditación, área de incumbencia en la CT); tipos de tratamientos considerados adecuados; articulación que debería establecerse entre las CTs y las instituciones gubernamentales y del sistema de justicia.
b) Organismos reguladores (dependencia, jurisdicción, recursos, cambios en el organigrama).
c) Sanciones.
d) Tensiones y contradicciones entre paradigmas de atención por uso de drogas.

El registro, grillado y sistematización de los datos permitió identificar las principales características del marco regulatorio de las CT en el período en estudio.

En un segundo momento, se trabajó con una serie de materiales que hacían referencia al punto de vista de los especialistas que trabajaban en las CT o en las instituciones vinculadas a ellas, sobre los cambios en el modelo de atención a partir de la regulación estatal. Estos materiales fueron:

- Conferencias de los funcionarios que participaron en la formulación e implementación de las políticas estatales de control de la demanda de drogas en el marco de las Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas organizadas por la Asociación Civil Intercambios en la Cámara de Diputados de la Nación en los años 2005-2010.

- Producciones escritas (artículos, libros y revistas científicas, folletos, páginas web, presentaciones en jornadas y conferencias) generadas por las comunidades terapéuticas.
- La desgrabación de una clase efectuada por el OST Rubén González[59], entonces presidente de FONGA, organizada por la CT "El Reparo" en Buenos Aires el 6 de agosto de 2008, cuyo tema fue la historia de las CT en Argentina.
- Una selección de 14 entrevistas semi-estructuradas y 2 grupos de discusión del material empírico producido por el equipo de investigación del Proyecto 2005-2008: "Uso de drogas en Argentina, políticas, servicios y prácticas". Este estudio fue desarrollado por la Asociación Civil Intercambios con el apoyo de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC) y se articuló con dos Proyectos de la Programación Científica UBACyT: 2004/2007 S118, titulado "Políticas y prácticas de uso de drogas en poblaciones urbanas pobres del Área Metropolitana de Buenos Aires" y UBACyT 2008/2011 SO44, titulado "Políticas estatales de control de uso de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas" con sede en la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Cabe señalar que en este estudio, que involucró a un total de 50 especialistas con y sin formación académica que se desempeñaban en instituciones de atención a usuarios de drogas del Gran Buenos Aires, se aplicó un consentimiento informado, asegurando el anonimato y la confidencialidad de la información que brindaron. En las entrevistas seleccionadas para este trabajo participaron veintisiete especialistas: tres psicólogos y una psiquiatra que se desempeñaban como auditores de las CT que eran prestadoras de servicios de organismos gubernamentales y de obras sociales; cinco psicólogos que trabajaban en la admisión de este tipo de organismos y once OST que trabajaban en CTs que reconocían haber basado su modelo de atención en el Proggetto Uomo. Siete de los OST eran fundadores y directores de CTs. Cabe mencionar que en los grupos de discusión también participaron una psiquiatra que trabajaba en un hospital psiquiátrico y tres especialistas con formación religiosa que trabajaban en programas preventivos y de reducción de daños. Asimismo, se incorporó a tres especialistas que trabajaban en CTs basadas en modelos de atención diferentes al Proggetto Uomo: un psicólogo y dos OST. De los veintisiete especialistas, dieciocho eran

[59] Tanto el Sr. Rubén González como los organizadores del evento prestaron su consentimiento verbal para la utilización del material en este estudio.

varones y nueve eran mujeres (dos de ellas eran OST). El promedio de edad fue de cuarenta y cuatro años y la antigüedad en el cargo varió entre cinco y veinte años.

Tabla 1 Características de la muestra del Proyecto "Uso de drogas en Argentina, políticas, servicios y prácticas" seleccionada para este estudio, según ocupación y especialidad:

Ocupación	Especialidad				Totales
	Psicología	Psiquiatría	OST	Otros	
Auditoría de CT	3	1			**4**
Admisión en organismos gubernamentales, obras sociales o prepagas	5				**5**
Dirección de CT	1		8		**9**
OST			5		**5**
Otros (en grupo de discusión)		1		3	**4**
Totales	**9**	**2**	**13**	**3**	**27**

Se trabajó con información que no fue analizada en el estudio mencionado y por lo tanto, sus resultados son inéditos con respecto a los productos científicos anteriores. Estas fuentes son las denominadas fuentes secundarias *directas* (Samaja, 1993) porque son materiales *en bruto* en los que no media un primer análisis de los datos.

Las entrevistas fueron ordenadas de acuerdo a dos ejes: a) la posición del entrevistado en el proceso de atención por uso de drogas (admisión en centros de admisión y derivación de organismos gubernamentales y de obras sociales; dirección de CT, inclusión en los equipos de

atención, auditoría) y b) especialidad: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, operadores socioterapéuticos. El discurso de los distintos grupos fue analizado comparativamente. De acuerdo a la Teoría Fundamentada en los datos (Glaser y Strauss, 1967), se maximizaron las similitudes y se minimizaron las diferencias, para luego efectuar el proceso contrario. De este modo, se generaron categorías fundadas en los datos que sirvieron para comprender el fenómeno en estudio. Este proceso permitió identificar e incorporar al análisis la información relevante de investigaciones realizadas por otros investigadores del campo de las Ciencias Sociales publicadas en artículos, libros y revistas científicas, referidos a la regulación en salud pública, la atención en comunidades terapéuticas así como de las políticas estatales de control de la demanda de drogas; y del contexto social, económico y político del período en estudio, así como con las producciones efectuadas en el marco de los Proyectos UBACyT S118 y SO44.

La diversidad de fuentes permitió dar cuenta de la complejidad del objeto de estudio. Sin embargo, cabe señalar algunas limitaciones, propias de los estudios retrospectivos centrados en *la perspectiva del actor*. Al referirse al pasado, los actores suelen seleccionar aquellos aspectos de sus vivencias que resultan significativos para ellos, omitiendo (voluntaria o involuntariamente), otros aspectos que no les resulta digno de formar parte de su relato, de manera que la información obtenida está sesgada por la visión del entrevistado (Menéndez, 2002). En este sentido, la heterogeneidad de los especialistas que participaron en el Proyecto "Uso de drogas en Argentina, políticas, servicios y prácticas" permitió contar con distintas miradas sobre el proceso de conformación del modelo de atención de las CT.

Por tratarse de un estudio cualitativo, se siguió la lógica recursiva. El análisis se basó en la "teoría fundamentada" en los datos. Siguiendo la estrategia de la *comparación constante*[60] se codificaron y analizaron los datos de modo simultáneo, en relación con el marco conceptual, que continúo construyéndose a lo largo de todo el proceso.

[60] Glaser,B; Strauss, A.: *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* Aldine Publishing Company, New York, 1967.

- En un primera instancia se organizaron temporalmente los textos de leyes, decretos, resoluciones y programas de alcance nacional referidas a la regulación de la atención por uso de drogas en la década del ´90.

- La lectura de las normas me llevó a relevar nuevos documentos producidos por organismos internacionales o nacionales mencionados en su fundamentación, que fueron incorporados al análisis.

- Aunque al inicio del proceso se utilizó una pre-codificación, basada en las dimensiones de análisis presentadas en el proyecto de investigación, también se incorporaron códigos "in vivo"[61]. Luego se identificaron algunas categorías centrales referidas a la regulación del sistema de atención por uso de drogas: concepciones sobre el uso y los usuarios de drogas, rol de las CT en el sistema de salud, condiciones mínimas para la habilitación de los establecimientos de atención por uso de drogas (especialmente, los especialistas que debían formar parte de los equipos de atención), características de los tratamientos (formas de egreso e ingreso, contenido de los programas terapéuticos, duración) y rol del sistema judicial en la atención sanitaria de los usuarios.

- Posteriormente, se analizaron los datos provenientes de las entrevistas efectuadas a especialistas con título universitario y a OST. Las entrevistas se organizaron en principio, según el lugar de trabajo del entrevistado: auditoría, admisión o equipo de comunidad terapéutica. La codificación abierta de los datos validó la conceptualización efectuada durante el análisis del marco normativo de la regulación y permitió crear categorías emergentes. En un paso posterior, buscando "maximizar las diferencias", no sólo se compararon los puntos de vista de auditores, admisores y equipos de las comunidades entre sí, sino que también se profundizó en las diferencias entre los entrevistados según su especialidad: psiquiatras, psicólogos y OST. Dentro de este grupo, se comparó la visión de los directores y de los operadores. Teniendo en cuenta las categorías emergentes del análisis de las entrevistas, se amplió el marco conceptual sobre la historia de las CT, los procesos de profesionalización y la construcción de la capacidad estatal para la regulación. En esta etapa se identificaron aquellas regulaciones presentes en el texto normativo que, según los entrevistados, habrían produ-

[61] Los códigos "in vivo" surgen del lenguaje y de las expresiones utilizadas por los actores.

cido mayores modificaciones en el modelo de atención de las CT. Asimismo, se conceptualizaron otras modificaciones mencionadas por los entrevistados, que tuvieron que ver con cambios en los patrones de consumo de drogas.

- Habiendo identificado las categorías centrales del estudio, la información proveniente de los grupos focales, las conferencias de los funcionarios el marco de las Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas, las producciones de los especialistas de las comunidades terapéuticas y la desgrabación de una clase brindada por un operador con una reconocida trayectoria en el campo de la atención por uso de drogas sobre historia de las CT, fueron analizadas mediante una codificación selectiva, es decir, efectuada para identificar datos referidos a las categorías centrales. En este momento se alcanzó el punto de la saturación conceptual, o momento en que los datos no aportan nueva información.

Se efectúo un mapa conceptual o paradigma lógico que permitió analizar gráficamente las relaciones entre las categorías, facilitando la redacción del informe final

SEGUNDA PARTE: RESULTADOS

Capítulo 5 El problema de las drogas en los ´90

A fines de la década del ´80, el prohibicionismo ganó consenso tanto a nivel internacional como local, en base a dos acontecimientos que reforzaron la construcción del uso de drogas ilegales como amenaza para la seguridad pública: la profundización de la *Guerra a las Drogas*, declarada por Estados Unidos de América en la década del ´70, y la epidemia causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

La Guerra a las Drogas

En 1971, en un contexto que empezaba a mostrar la crisis del Estado de Bienestar, el presidente Nixon declaró la Guerra a las drogas, señalando que "la droga era el enemigo público número uno". Esta estrategia se enfocó en controlar la oferta de drogas, culpabilizando a los países productores por el aumento del consumo dentro de sus fronteras (Jelsma, 2011: 6). La política, que financió la fumigación de campos de adormidera y cannabis en México, se basaba en la Doctrina de la Seguridad Nacional, que consideraba que el narcotráfico, al igual que la guerra de guerrillas en el Tercer Mundo y los asaltos terroristas, eran amenazas a la seguridad[62] de los Estados Unidos (Velásquez Rivera, 2002).

En la década del ´80, Ronald Reagan, presidente de los Estados Unidos declaró que el tráfico de drogas era una amenaza "letal" para Estados Unidos (Jelsma, 2011: 6). En una actualización de la Doctrina de la Seguridad Nacional, consideró que el problema de las drogas no sólo debía enfrentarse militarmente, sino con ayuda económica y asistencia humanitaria (Velásquez Rivera, 2002). La política exterior estadounidense incluyó el despliegue de acciones militares conjuntas con los gobiernos latinoamericanos para controlar la producción y tráfico de drogas y sanciones económicas para los países que no cooperaran plenamente con la lucha antidrogas. De este modo, los términos *"narcoguerrilla", "narcoterrorismo", "narco-*

[62] Ver nota 40.

subversión" o "narcoinsurgencia" refirieron a la combinación entre la guerra contra la insurgencia y el problema de las drogas en América Latina (Del Olmo, 1999:60, citada por Touzé, 2006:57).

En este contexto, se crearon nuevos organismos internacionales destinados al control de la oferta y de la demanda de drogas. En 1986, la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA), creó la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas (CICAD), con el objetivo de lograr la eliminación del tráfico ilícito y el uso indebido de drogas. En 1988 la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó en Viena a una conferencia de plenipotenciarios[63] que adoptó la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas y estableció procedimientos para la extradición de los narcotraficantes y para evitar el lavado de dinero.

Como resultado de estas políticas, a fines de la década de los ´80, se había reforzado la concepción del problema de las drogas como amenaza a la seguridad nacional, que debía ser combatida mediante la cooperación entre países (Touzé, 2006). La redefinición de la cuestión de las drogas en el plano internacional, impulsó la modificación de la legislación en la materia en el ámbito local y la creación de nuevas instituciones estatales que se ocuparon de atender el problema.

Los usuarios de drogas como grupos de riesgo frente al VIH-sida

El sida fue reconocido como una nueva entidad nosológica en Estados Unidos en 1981[64]. En aquel año, se estableció que los puntos en común entre los casos de inmunodeficiencia que habían presentado individuos jóvenes y previamente sanos constituían una enfermedad específica que no había sido observada con anterioridad. Estos casos se caracterizaban por la presencia de distintas infecciones (especialmente neumonías) o tumores malignos, como el sarcoma de Kaposi (Bloch, 1999).

Para conocer y controlar la epidemia, el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) se abocó a la identificación de poblaciones de riesgo. Encontró que una varie-

---

[63] Un ministro "plenipotenciario", es una persona enviada por un Estado al extranjero (generalmente en reuniones internacionales) con plenos poderes para resolver un asunto.
[64] Más tarde se descubrió que se habían presentado casos en Estados Unidos desde 1978, y que previamente, distintas personas habían padecido la enfermedad en Inglaterra, Haití y Africa.

dad de personas estaban en riesgo de contraer la enfermedad: hombres homosexuales o bisexuales, usuarios de drogas por vía intravenosa, receptores de transfusiones de sangre o de transplantes, niños nacidos de madres infectadas y personas que por su trabajo, estaban expuestos a los fluidos de personas que habían contraído el virus (por ejemplo, trabajadores de la salud)[65].

Como en muchas ocasiones los casos de sida podían ser clasificados en varios grupos a la vez, el CDC jerarquizó los factores de riesgo, lo que permitió contar con un criterio común entre los equipos de investigación para incluirlos en una sola categoría. En esta jerarquía, la identidad sexual y el comportamiento frente al uso de drogas ocuparon los primeros lugares de modo que, "como resultado de esta lógica de clasificación utilizada por el CDC, cualquiera que fuera gay o usara drogas por vía inyectable en los Estados Unidos o en los países industrializados fue identificado como un miembro de un grupo de riesgo, independientemente de que sostuviera alguna práctica que lo expusiera a la transmisión del VIH" (Glick Schiller y otros, 1994:1338). Esta construcción sobre los grupos de riesgo tuvo consecuencias negativas: los primeros esfuerzos de control de la epidemia se concentraron en estas poblaciones, soslayando la importancia de efectuar acciones preventivas sobre la población general, que, por su localización geográfica y sus comportamientos, podía estar expuesta a contraer y transmitir el virus.

Las acciones preventivas basadas en la construcción de grupos de riesgo eran coherentes con el criterio de focalización que orientaban las políticas sanitarias. Asimismo, la importancia dada por el paradigma neoliberal a la responsabilidad de los individuos en el cuidado de la salud contribuyó a que se profundizara la estigmatización las personas cuyos comportamientos eran considerados desviados (como la homosexualidad o el uso de drogas) que comenzaron a ser percibidos como personas promiscuas y sin familia, responsables de la transmisión del VIH. Finalmente, el sida fue considerado como una enfermedad de grupos

---

[65] Cuando se identificó el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se encontró que tenía alta concentración en la sangre, semen o fluidos vaginales de las personas infectadas, y en menor medida, en la leche materna. De modo tal que las situaciones más frecuentes de exposición a la transmisión del virus son: la transfusión de sangre no controlada, el uso compartido de material cortante (en prácticas comunes en medicina y odontología, en tatuajes y en el uso de drogas, especialmente por vía inyectable) y las relaciones sexuales sin uso de preservativos. El virus puede transmitirse de madre a hijo durante el parto cuando no se efectúa el tratamiento médico adecuado. Asimismo, se recomienda evitar el amamantamiento, cuando la madre vive con VIH (Guía "Vivir en positivo" del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.M.S.A.S..gov.ar/sida/pdf/otras-publi/guia-vivir-en-positivo.pdf)

marginales, distantes culturalmente, lo que contribuyó a la expansión de la epidemia (Glick Schiller y otros, 1994; Barreda, 1996).

5.1 El debate en torno a la cuestión de las drogas y la modificación de la legislación penal

En Argentina, el debate sobre la modificación de la legislación sobre drogas estuvo precedido de una campaña mediática que vinculó el consumo de sustancias ilegales con la expansión del *narcotráfico* y al incremento de la *drogadicción,* especialmente entre los jóvenes:

> *"*Luego de muchos proyectos tendientes a sustituir la ley 20.771, en noviembre de 1989 se dictó la ley 23.737. Su sanción estuvo precedida de una persistente campaña en los medios de comunicación sobre la gravedad del problema de la drogadicción, el aumento y la extensión del consumo, especialmente entre las franjas etarias más jóvenes y el peligro que supone el tráfico organizado. Durante los últimos dos años, los medios políticos enfatizaron la dimensión internacional del narcotráfico y el peligro de que el país dejase de ser un lugar de tránsito para convertirse en un centro de consumo, dominado por los carteles colombianos. El problema se convirtió así en un tema de preocupación de primer orde*n"* (Virgolini, 1989:721*).*

Los discursos sobre la importancia de controlar la demanda de drogas se basaban en la necesidad de protección frente a dos amenazas: la expansión la epidemia de VIH-sida y del narcotráfico y su posible injerencia en la política local. Estas ideas constituyeron el núcleo de los argumentos de las posturas prohibicionistas en el debate sobre la modificación de la legislación penal sobre drogas. Como lo relató el politólogo argentino Guillermo Aureano:

> "los diputados hablaron de la relación sida-drogas y acusaron a los consumidores de propagar la infección por VIH, una enfermedad que es la causa principal del déficit fiscal de los Estados Unidos. Esto constituía, a sus ojos, una razón más para incriminar el uso personal de estupefacientes" (Aureano, 1998, s/n, citado en Touzé, 2006:62).

Los legisladores que sostenían posturas despenalizadoras, retomando los fallos *Bazterrica* y *Capalbo*[66] de la Corte Suprema de Justicia, señalaron que la sanción de la tenencia de drogas ilegales para consumo personal podía resultar un obstáculo para el acceso de los consumidores a los servicios de salud y por ende, para efectuar acciones preventivas y asistenciales oportunas para evitar la expansión de la epidemia de sida. Por otra parte, advirtieron que una medida de ese tipo significaba en los hechos, la incriminación del consumo de drogas, lo que afectaba la garantía de la intangibilidad de las acciones privadas del Art. 19 de la Constitución Nacional, ya que la práctica era de tipo privado y no perjudicaba a terceros. A pesar de estos argumentos, ciento cinco diputados sobre ciento veintisiete votaron a favor de penalizar la tenencia de drogas para consumo personal (Touzé, 2006).

5.1.1 El uso de drogas como delito y como enfermedad

Las penas por tenencia de drogas para consumo personal se establecieron en un rango de un mes a dos años de prisión, pero se estableció un trato diferencial para aquellos que *experimentaban* con las drogas y para quienes fueran *dependientes.* En el primer caso, el juez podía disponer de una *medida de seguridad educativa*, alternativa a la pena de prisión, que consistía en el cumplimiento de un programa educativo de una duración mínima de tres meses, acerca del comportamiento responsable frente al uso y la tenencia de estupefacientes (Art. 21). Si por el contrario, el tenedor dependía física o psíquicamente de las drogas, el juez podía ordenar una *medida de seguridad curativa* por el tiempo necesario para su rehabilitación. Si durante el proceso judicial, se encontrase semiplena prueba de la culpabilidad del acusado, podía suspenderse el trámite del sumario, si el tenedor prestaba su consentimiento para la aplicación de la medida. Si el tratamiento resultaba satisfactorio el tenedor era eximido de las sanciones penales, pero si luego de dos años, se comprobaba que por su falta de colaboración, el tratamiento había resultado ineficaz, se podía aplicar la pena o proseguir con el proceso judicial, según el caso (Art. 16, 17, 18).

---

[66] En agosto de 1988, la Corte Suprema, en los Fallos "Bazterrica" y "Capalbo" había declarado inconstitucional la prohibición de la tenencia de drogas para consumo personal. En los fallos, se señaló que no existían estudios científicos que probaran una vinculación necesaria entre uso de drogas y peligrosidad social de los consumidores y que la estigmatización de los usuarios podría reforzar conductas negativas.

El diagnóstico de *dependencia* significó la des-responsabilización de los usuarios, en base a la idea (presente en el discurso psiquiátrico) de que su conducta era *controlada* por las drogas. De esta manera, se afirmó la noción de los usuarios de drogas como sujetos irresponsables, legitimando la intervención de un poder superior y externo a ellos para obligarlos a mantenerse aislados de las sustancias ilegales y someterse a tratamientos. Esta concepción sobre los usuarios de drogas no daba lugar a la discusión sobre si la imposición judicial de la atención sanitaria afectaba el derecho a la autonomía, debido a que sostenía que eran incapaces para efectuar prácticas de cuidado, en un contexto en el que la incapacidad de los usuarios de drogas para disponer de sus acciones se imbricó con el discurso sobre su *peligrosidad* para la seguridad pública (Touzé, 2006).

La posibilidad de efectuar el pasaje de un trato *culpabilizador* a uno *rehabilitador* se definía en la interacción del juez, los peritos (especialmente los médicos psiquiatras) y los mismos usuarios, quienes, para evitar las penas debían reconocerse como *dependientes* y asumir el compromiso de efectuar un tratamiento médico. Pero la respuesta hacia el problema volvía a ser *culpabilizadora* si los usuarios volvían a ser procesados por tenencia de estupefacientes, ya que las medidas de seguridad educativa o curativa podían ser aplicadas sólo una vez. Lo mismo ocurría si el usuario interrumpía o no concluía el tratamiento, de modo tal que la responsabilidad por el éxito de las intervenciones terapéuticas (que referían al logro de la abstinencia por un tiempo prolongado) recaía sólo sobre el usuario de drogas, minimizando otros condicionantes del proceso de atención (como la accesibilidad[67] a los centros asistenciales, la adecuación de la oferta del servicio a las necesidades de los usuarios o los cambios en sus condiciones de vida).

La penalización de la tenencia de drogas para consumo personal legitimó las posiciones que consideraban al uso de drogas como un problema jurídico y moral, pero la inclusión de las medidas alternativas a la pena reconoció la incumbencia de la Medicina en el tratamiento de los usuarios. La coexistencia del discurso moral-jurídico y sanitario en el texto de la ley 23.737 mostró que la definición del problema del consumo de drogas estaba en discusión al momento de sanción de la ley. Es posible comprender la fluidez en la nominación de una

[67] La accesibilidad al sistema de salud se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre "las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Stolkiner y otros, citada en Comes, 2003:04).

conducta como pecado, delito o enfermedad si se tiene en cuenta que tanto el delito como la enfermedad son construcciones sociales utilizadas para designar la anormalidad. En las sociedades modernas, los procesos de medicalización de la vida[68] expresan el creciente poder de la Biomedicina por sobre otras instituciones como la medicina tradicional, la religión o la justicia para definir y tratar diferentes problemas sociales[69] (Conrad, 1982).

Para Parsons (1982) el delito y la enfermedad difieren en el grado de responsabilidad que se le atribuye al sujeto en la transgresión de las normas: en el delito, la conducta es considerada intencionada, mientras que en la enfermedad no interviene la voluntad del sujeto. En este esquema, el concepto de responsabilidad es central, ya que para ser tratados como enfermos, los sujetos deben cumplir con un *rol* asignado socialmente: es decir, considerar que su estado es indeseable, desear su recuperación y someterse a las indicaciones médicas[70]. El cambio en la conceptualización de la conducta anormal implica un cambio en el tipo de sanciones que recaen sobre ella y de los agentes encargados de su control (Conrad, 1982). Desde la Modernidad, la Psiquiatría se ha constituido en la disciplina encargada de distinguir entre delito y enfermedad en la transgresión de las normas. En base a esta distinción, se castiga al criminal para encauzarlo y aquellos que son definidos como *enfermos mentales* pueden ser relevados de obligaciones para que puedan iniciar un tratamiento.

Sin embargo, la definición social de un problema como *enfermedad* no excluye que sea objeto de construcciones de significado que culpabilizan a los sujetos por contraer o propagar la enfermedad -especialmente, como señala Sontag (1989), de aquellas que son consideradas misteriosas, intratables y asociadas a la muerte- como lo muestra la persistencia de la idea de *culpa, castigo divino y perversión moral* en las representaciones sociales acerca de la epidemia del VIH-SIDA y de las personas que viven con VIH, que impregnaron el debate sobre la sanción de la ley.

---

[68] Ver pag. 10.
[69] A fines de 2010, en la discusión sobre la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal se puso en cuestión la intervención del aparato represivo en el control del consumo personal de drogas, señalando que se trataba de un problema de tipo sanitario (Galante y otros, 2012).
[70] Conrad (1982) advierte que en esta construcción, está implícita la idea de considerar a la Medicina como una disciplina de control social.

5.1.2 La atención sanitaria del problema

La ley 23.737 determinó que la autoridad sanitaria nacional o provincial debía efectuar una lista de instituciones en las que podía llevarse a cabo la medida de seguridad curativa. Estas instituciones debían cumplir con los siguientes requisitos:

- Conducción profesional reconocida.
- Evaluación periódica externa.
- Estar registradas oficialmente y con habilitación por la autoridad sanitaria nacional o provincial.

El Art. 19 estableció que el tratamiento debía estar dirigido por un equipo de técnicos y abordar "los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria, con internación o alternativamente, según el caso".

La aclaración legal sobre el tipo de instituciones que podrían prestar tratamientos adecuados parece haber tenido relación con la heterogeneidad del campo de la atención por uso de drogas en el país, que no sólo incluía a establecimientos habilitados por las autoridades sanitarias nacionales y provinciales (y por ende, constituidos por profesionales con formación académica), sino también por una variedad de instituciones gestionadas por los propios usuarios, como los grupos de autoayuda, las comunidades de vida y las comunidades terapéuticas. Si bien la ley no impidió el funcionamiento de estas organizaciones, consideró como válidas sólo a aquellas que se sometieran al control estatal y que fueran conducidas por profesionales certificados académicamente.

La aplicación de las medidas alternativas a la pena por tenencia de estupefacientes requerían de la articulación entre los poderes judicial y ejecutivo, y entre distintas áreas de gobierno. Esta función sería desempeñada por la SE.DRO.NAR., que había reemplazado a la CONCONAD en materia de políticas de drogas durante el gobierno de Menem.

5.2 La SE.DRO.NAR.

La creación de la SE.DRO.NAR. se ligó a la política exterior de los Estados Unidos, que recomendó a los gobiernos latinoamericanos unificar en un solo organismo estatal, el control de la oferta y de la demanda de drogas ilegales (Touzé, 2006).

El objetivo de la SE.DRO.NAR. fue:

> "asistir al Presidente de la Nación en todo lo atinente a la programación de la fiscalización, el control y la legislación de la lucha contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas, estupefacientes y psicotrópicos en la coordinación de las políticas nacionales y su relación con la política exterior en la materia" (Art. 2, Decreto 271/89).

La creación de la SE.DRO.NAR. implicó la transferencia del presupuesto y personal destinados a la atención del problema de las drogas desde el Ministerio de Salud y Acción Social hacia una Secretaría de Estado que dependía directamente de Presidencia de la Nación. En los considerandos del Decreto, se explicó que este cambio se debía a la conveniencia de contar con "un organismo idóneo en el máximo nivel de decisión gubernamental para que pueda establecer una efectiva coordinación con los otros poderes del Estado y los organismos nacionales competentes" para programar las medidas destinadas al control de la oferta y la demanda de drogas. Pero este pasaje no sólo respondía a la necesidad de brindar direccionalidad y coherencia a las acciones de los tres poderes del Estado y de las distintas áreas del gobierno nacional ocupados del tema, también significaba un cambio en la concepción del problema: desde un enfoque predominantemente sanitario y social hacia la consideración de que la asistencia sanitaria estaba ligada a la persecución del narcotráfico, concepción que fue congruente con los lineamientos de la ley 23.737.

Casi dos años después de la creación de la SE.DRO.NAR., el Decreto 649/91 precisó los objetivos específicos de la institución:

- Elaborar políticas y planificar estrategias para la lucha contra el uso indebido de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

- Intervenir en la elaboración de proyectos legislativos, en la promoción de estudios técnicos y sociales y en la formación de recursos humanos especializados, brindando asistencia técnica a otros poderes del Estado.
- Implementar el cumplimiento de los tratados internacionales.

En el mismo decreto se definió la estructura organizativa de la SE.DRO.NAR., que se conformó por las Subsecretarías de Planeamiento, Control y Legislación, y de Prevención y Asistencia. Los objetivos de la Subsecretaría de Prevención y Asistencia eran:

1. Diseñar, promover y apoyar el desarrollo de planes y programas de carácter nacional referentes a la prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción y acción social en el campo del uso indebido de drogas, con la cooperación pública y privada.
2. Coordinar las actividades y programas de prevención, asistencia, investigación, docencia y formación de recursos humanos a nivel nacional, provincial y municipal, identificando modelos y metodologías de avanzada para los procesos de intervención social en esta materia.
3. Asesorar a las autoridades competentes del ámbito nacional, provincial y municipal respecto de las acciones que corresponda emprender para efectuar un adecuado cumplimiento de la normativa vigente en lo referente a las medidas preventivas y curativas del uso indebido de drogas (Anexo II).

La formulación de estos objetivos parecían priorizar las funciones de coordinación de las políticas de drogas y de asesoramiento a las distintos organismos gubernamentales por sobre la implementación directa de programas de asistencia. Aún así, la SE.DRO.NAR. implementó un programa asistencial, que siguió los principios de la reforma del sistema de salud.

5.2.1 El Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales

La creación de programas asistenciales por parte de la SE.DRO.NAR. respondió al crecimiento de la demanda de tratamiento en los ´90, que pareció verse impulsada no sólo por los cambios en los patrones de uso de drogas (entre los que pueden mencionarse la visibilidad

del consumo de cocaína por vía inyectable a partir de la epidemia de VIH) sino también por la implementación de las medidas de seguridad curativa de la ley 23.737[71].

En 1992, la SE.DRO.NAR. creó el Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales. El programa consistía en el subsidio a personas sin cobertura de obra social para que efectuaran tratamientos en ONGs contratadas por la SE.DRO.NAR., que debía controlar calidad de las prestaciones. Los subsidios tenían que otorgarse cuando "no se pueda disponer de una institución oficial o carezca ésta de vacantes" (Resolución 41/92, Anexo I, introducción). De esta manera, el Programa constituía una oferta de servicios de asistencia por uso de drogas *complementaria* a la del subsector público que continuaba en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social. Los "asistidos y algún familiar responsable" debían firmar un contrato con la SE.DRO.NAR., en el que se debía prever la "posible caducidad del compromiso pactado, a efectos de permitir que la Secretaría pueda prescindir de una prestación cuando lo considere conveniente" (Resolución 41/92, Anexo I, introducción). El subsidio tenía una duración de seis meses y podía renovarse sólo una vez.

El Comité de Ayuda Asistencial (nombrado en mayo de 1992 por la Resolución 81/92) debía otorgar los subsidios en base a la evaluación del "compromiso adictivo" y la capacidad económica del solicitante. Era interdisciplinario y estaba compuesto por una asistente social[72], una abogada, un contador y un psicólogo forense. El Comité constituía una *puerta de entrada* del programa, ya que se ocupaba de evaluar la situación de los usuarios y determinar el tipo de trayectoria que efectuarían en su proceso de atención (Testa, 1995).

La Dirección de Asistencia de la SE.DRO.NAR. debía evaluar el plan de tratamiento, monitorear la atención que recibían los usuarios y evaluar la conveniencia de traslados y egresos. El Comité debía fiscalizar su accionar, elaborar informes periódicos acerca de la situación de las personas atendidas y coordinar las relaciones con el Poder Judicial (sobre todo para garantizar el cumplimiento de la medida de seguridad curativa de la Ley 23.737).

---

[71] Entre 1987 y 1997 la población carcelaria aumentó en un 132%. En cuanto a las personas detenidas por la ley de drogas, se pasó de 665 en 1992 a 1038 en 1994 (Rossi y Touzé, 1997:192).
[72] Título mencionado en el texto de la asignación de cargo de la Resolución.

El programa estableció algunos criterios de inclusión de las ONGs que tendían a regular la atención: la SE.DRO.NAR. podía evaluar la modalidad de tratamiento y el "esquema teórico" de la institución, la cantidad de personal y su idoneidad, la concordancia entre los fines propuestos y el sistema de atención utilizado, la adecuación de la infraestructura edilicia al servicio propuesto y el modo en que se registraban las historias clínicas (Resolución 41/92, Anexo I, introducción).

La evaluación de cada institución permitiría encuadrarlas en una modalidad asistencial (el decreto no especificaba cuáles eran) y determinar si era posible firmar un *Acta de Compromiso* en el que se fijarían los derechos y obligaciones de la Secretaría y de las ONGs. En forma previa a la firma del acta, las ONGs debían presentar las habilitaciones que correspondieran por parte de las autoridades sanitarias, nacionales o provinciales, según el ámbito de aplicación. Asimismo, el decreto establecía el derecho de la SE.DRO.NAR. a rescindir el contrato, "en el caso de considerar vulnerados los intereses del Estado y/o de los pacientes beneficiarios". El Comité de Ayuda Asistencial tenía la función de evaluar "las condiciones técnico-profesionales de las instituciones", su funcionamiento y el cumplimiento de las actas de compromiso (Resolución 41/92, Anexo I).

La SE.DRO.NAR. debía supervisar periódicamente, en conjunto con las autoridades de cada institución, los criterios de tratamiento y el cumplimiento de los objetivos que fijara, procurando que la tarea asistencial se complementara con el trabajo en el contexto social del beneficiario del programa, para lograr "un correcto desarrollo e integración del mismo a su ámbito laboral, tendiendo a utilizar los recursos que la comunidad ofrece para él" (Resolución 41/92, Anexo 1).

El Programa de Subsidios se complementó con un programa destinado a brindar ayuda técnica y financiera a entidades de la sociedad civil dedicadas a la prevención y asistencia por uso de drogas (Lestelle, 1994, citado en Touzé, 2006).

De este modo, la Secretaría definió su rol como financiadora y fiscalizadora de los servicios de asistencia. Entre sus atribuciones, se establecieron las de: orientar el tratamiento, disponer el ingreso y ordenar el traslado o egreso de los beneficiarios, pudiendo efectuar *inspecciones in situ* del desempeño institucional. Para las CT, la inclusión en el Programa de Subsidios de la SE.DRO.NAR. representó contar con el reconocimiento estatal a su capacidad para

el tratamiento residencial de los usuarios de drogas, que afianzó su posición en el campo sanitario. De esta manera, las CT se conformaron como actores relevantes en el espacio público no estatal (Bresser Pereira, 2004).

El programa asistencial de la SE.DRO.NAR. profundizó la fragmentación y la estratificación (propia del sector salud) de la atención por uso de drogas, al constituir una nueva oferta asistencial focalizada en las personas de bajos recursos. Pero su rol en la normatización y fiscalización de los servicios de asistencia por uso de drogas se amplió con la sanción de la ley 24.455, que estableció que las obras sociales estaban obligadas a cubrir la atención del VIH-sida y el uso de drogas.

5.2.2 La ampliación de la cobertura sanitaria por uso de drogas y la regulación de la asistencia

La ley 24.455 no sólo garantizó el derecho a la asistencia por VIH-sida y uso de drogas por parte de las obras sociales, sino que también aseguró el cumplimento de la medida de seguridad curativa de la ley 23.737. Un año después, con la sanción de la ley 24.754, esta disposición incluyó a las empresas de medicina prepaga. De este modo, la legislación sanitaria incorporó la intromisión del poder punitivo en el campo de la atención por uso de drogas.

La fiscalización de las obras sociales y prepagas en el cumplimiento de los programas asistenciales quedó a cargo de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, que debía disponer las condiciones de acreditación y categorización de los prestadores (Decreto 580/95). En la elaboración de los programas de atención por VIH-SIDA, el Ministerio debería tener en cuenta al Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano y SIDA, y en el caso de la asistencia por drogadependencia a la SE.DRO.NAR. Esta disposición posibilitó que la Secretaría *tomara la iniciativa* en la elaboración de normas tendientes a regular la calidad de los servicios de asistencia por uso de drogas.

Las Normas mínimas de habilitación de establecimientos preventivos asistenciales en drogadependencia

En mayo de 1995 el Ministerio de Salud y Acción Social (MSyAS y la SE.DRO.NAR., en conjunto con autoridades provinciales y nacionales, elaboraron la Resolución Conjunta 160/95 y

3/95: “Normas mínimas de habilitación de establecimientos preventivos asistenciales en Drogadependencia”, para conformar la lista que debía ser consultada por los jueces para dar cumplimiento a la medida de seguridad curativa.

Los Establecimientos Preventivos Asistenciales en Drogadependencia se definieron como:

> “aquellos en los que se realizan actividades de admisión, diagnóstico, recepción, acogida, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción del drogadependiente, así como cualquier otra medida terapéutica tendiente a mejorar su estado físico, psicológico o social, ya sea en forma ambulatoria o en el régimen de internación” (Art. 1).

Las fundaciones, sociedades u asociaciones debían contar con los estatutos legales autorizados por la Inspección General de Justicia.

Los equipos de asistencia debían ser interdisciplinarios y brindar “atención integral, asistencial y social”. Los establecimientos debían contar con un médico psiquiatra en carácter de Director Técnico (debía definir la “estrategia asistencial”) y un médico o psicólogo como Director del Programa psicológico asistencial (a cargo de la organización, planeamiento, estrategias, planificación y supervisión del programa psicológico-asistencial). El resto de los profesionales del equipo debían estar matriculados (Art. 2).

Un aspecto importante regulado por las normas estuvo destinado a la atención de la salud de los usuarios de drogas: se exigió que los residentes se efectuaran un examen médico al ingresar a la institución y reiterarlo en forma periódica; que los establecimientos presentaran el programa terapéutico ante la Secretaría de Salud y la SE.DRO.NAR.; que firmaran un convenio escrito con un servicio de emergencias y con un centro sanitario y que cumplieran con las normas de bioseguridad en relación a enfermedades infecto-contagiosas (especialmente Hepatitis B y HIV). Asimismo, se estableció la obligatoriedad de confeccionar distintos registros (historias clínicas, libro de ingresos y egresos, libro de guardia, fichas epidemiológicas) que podían ser utilizados como insumos en los procesos de auditoría.

Las normas exigían una mayor formalización del espacio institucional (a través de la personería jurídica y las habilitaciones municipales), de las relaciones entre los profesionales (definiendo jerarquías y funciones); de la institución con el Estado (a través la relación con el sis-

tema judicial, con el Ministerio de Salud y con la SE.DRO.NAR.) y de los procedimientos de atención de los usuarios. El cumplimiento de estas normas tendía a burocratizar las instituciones y podía producir cambios importantes si eran aplicadas en organizaciones de tipo creativas o ingenieriles, como las comunidades terapéuticas poco profesionalizadas (Testa, 1995)[73]. De todos modos, aunque la definición de los *establecimientos preventivos asistenciales* permitía incluir una variedad de instituciones que brindaban atención por uso de drogas, los requisitos relativos a la composición de los equipos de asistencia fortalecían la legitimidad del modelo biomédico, excluyendo los modelos alternativos, como los que se basaban en la autoayuda, la potencialidad del grupo de pares o la comunidad religiosa (como los Programas de 12 Pasos, las llamadas *granjas evangélicas* o las comunidades terapéuticas no profesionalizadas).

[73] Ver pag. 13.

Capítulo 6 La regulación de la asistencia por uso de drogas

A fines de la década del ´90, los organismos internacionales de financiamiento promovieron una segunda etapa en el proceso de reformas estatales en América Latina, las *reformas hacia adentro* que fueron anunciadas como un proceso destinado al fortalecimiento institucional, a la desburocratización, la capacitación del personal, la incorporación de tecnología y a la vigencia de la carrera del funcionario público (Ozlak, 1999).

En la misma época, los Estados miembros de la CICAD acordaron, en Buenos Aires, la "Estrategia Antidrogas en el Hemisferio" que afirmó la vigencia del prohibicionismo en la orientación de las políticas de drogas en América Latina. Estas políticas, de alcance regional, impulsaron la redefinición de la incumbencia de la SE.DRO.NAR. en la coordinación y programación de las políticas de drogas.

6.1 La segunda Reforma del Estado

En 1996, el gobierno nacional anunció la *Segunda Reforma del Estado*. El comienzo de una nueva etapa en el proceso de reformas reconocía distintas fuentes. Por una parte, se mencionó la necesidad de adecuar las estructuras y los procedimientos gubernamentales a los postulados de la nueva Constitucional Nacional, sancionada en 1994, pero también se reconoció que el aparato estatal debía modificarse para afrontar las crisis internacionales, encarnada en el verano de 1995 por el llamado *efecto tequila* (Bozzo y López, 1999)[74].

Las reformas estatales representaban una condicionalidad del financiamiento externo, lo que explicaba su persistencia en la agenda pública. En 1997, un informe del Banco Mundial sobre la situación en Argentina, promovió la profundización de las reformas, señalando la importancia de la reconstrucción del Estado. Al respecto, Ozlak (1999) reflexiona que cuando el Banco Mundial propuso *reconstruir aquello que había recomendado reducir*, reconoció

[74] Entre el segundo y el cuarto trimestre de 1995 la economía argentina entró en recesión. Aunque una intensa y prolongada sequía había afectado la producción, los desencadenantes del proceso recesivo se encontraron en la devaluación de la moneda mexicana sobre los mercados de capital y, en el plano doméstico, en la incertidumbre generada sobre la continuidad del programa económico (Fuente: "La Economía Argentina en 1995", Ministerio de Economía. Disponible en: http://www.mecon.gov.ar/informe/infor16/introduc.htm

que el desmantelamiento del Estado había vaciado la escena pública y desgarrado el tejido social, comprometiendo la gobernabilidad. En efecto, la primera reforma del Estado había tenido consecuencias negativas: la eliminación de unidades importantes para el desarrollo de las funciones estatales y el sobre-dimensionamiento (sobre todo en personal) de otras; los pocos recaudos tomados en las privatizaciones de empresas públicas afectaron la capacidad estatal de regularlas, la descentralización de servicios sin transferencia de recursos comprometió la capacidad de las provincias para gestionarlos y la exclusión de actores relevantes en el proceso de reforma (Congreso, ONGs, órganos de fiscalización, etc.) aumentó la debilidad frente al poder económico. Asimismo, la inflexibilidad en la aplicación de las recetas del Fondo Monetario Internacional (FMI) obstaculizaron las correcciones en la orientación de las políticas, recomendadas por el mismo organismo.

En Argentina, la ley 24.629 y los Decretos Reglamentarios 558/96-660/96 establecieron los objetivos de la reforma, que no se diferenciaron de la *reinvención del gobierno* en Estados Unidos: orientación al ciudadano, responsabilidad por resultados, contratos por objetivos, definición de estándares de calidad, incentivos al desempeño, capacitación permanente, transparencia en la gestión pública. La Segunda Reforma del Estado tuvo un alcance limitado, mostrando que la segunda etapa de las reformas era más difícil que la primera, ya que no se trataba de *achicar* el Estado, sino de *mejorarlo* (Ozlak, 1999).

La intervención del Estado en el mercado de salud: el Programa Médico Obligatorio

Para los teóricos de la reforma del Estado, debía garantizarse la provisión de servicios sanitarios en base al criterio de *igual acceso a igual necesidad* (posición denominada *igualitarismo específico),* aunque comenzó a ganar consenso la idea de que el derecho a la asistencia de los ciudadanos debería referirse a un nivel básico de servicios y prestaciones (Stiglitz, 1992, citado en Alonso, 1999).

Siguiendo estas ideas, a mediados de 1996, el Ministerio de Salud y Acción Social mediante la resolución 247/96 aprobó el Programa Médico Obligatorio (PMO), que contenía el conjunto de prestaciones mínimas que debían otorgar la totalidad de las obras sociales sindicales, estableciendo topes para los copagos (pagos a cargo de los beneficiarios). Por medio de la ley 24.754 de 1997 se estableció que las empresas de medicina prepaga debían cumplir con el PMO, lo que representó tanto un avance en su regulación como un punto de convergencia

en el sistema, que tendía a facilitar la competencia entre los prestadores (Alonso, 1999). Estas políticas no sólo estaban destinadas a establecer estándares mínimos de acceso a las prestaciones, sino también a lograr una mayor concentración del sector en un número menor de entidades, ya que aquellas que no lograran financiar el PMO debían fusionarse con otras (Panadeiros, 2001).

El establecimiento del PMO se proponía superar las desigualdades de las prestaciones entre distintas entidades y permitir que la regulación estatal se concentrara en la calidad de las prácticas que se efectuaban. Pero la posibilidad de que los beneficiarios con mayores ingresos compraran planes diferenciales contribuyó a una mayor dualización del sistema y a cuestionar el esquema de solidaridad segmentada del seguro social. De modo que el PMO definió un paquete *mínimo* antes que *igualitario* (Alonso, 1999).

En este proceso, resulta significativo recordar la lucha que tuvieron que llevar adelante las personas que vivían con VIH/sida en los ´90 para acceder a la cobertura sanitaria, que mostró que la declaración de la obligatoriedad de la prestación de ciertos servicios no garantiza, por sí misma, su provisión. A pesar de la sanción de la ley 24.455, a mediados de los ´90, las obras sociales sindicales no siempre otorgaban las prestaciones por VIH. Para 1996, el presupuesto del Programa Nacional de SIDA resultaba insuficiente para brindar una cobertura adecuada[75]. Ante la situación, numerosas ONGs presentaron recursos de amparo colectivos ante la Justicia, que sentenció que el Ministerio de Salud de la Nación debía otorgar la cobertura total de medicamentos, tratamiento y diagnóstico a todas las personas con VIH/Sida (Bianco y otros, 1999). Finalmente en abril de 1997, la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL) brindó apoyo financiero para la cobertura de los tratamientos por uso de drogas y VIH-SIDA por parte de las obras sociales y prepagas y estableció valores para las prestaciones del tratamiento por uso de drogas[76] (Resolución ANSSAL 709/97). Asimismo, en 1998, el presupuesto se incrementó notablemente y se regularizó el suministro de medicamentos (Bianco y otros, 1999).

---

[75] En ese año, el número de personas con VIH se había incrementado notablemente y se habían difundido los beneficios de las terapias antirretrovirales, que tenían un costo elevado (Bianco y otros, 1999).

[76] Estas prestaciones eran: prácticas de consulta y orientación, módulos de 4 y 8 horas en hospital de día, tratamiento en hospital de noche, internación psiquiátrica para desintoxicación e internación en comunidades terapéuticas debidamente autorizadas.

La estrategia antidrogas en el Hemisferio

En la sesión de la CICAD de 1996, efectuada en Buenos Aires y organizada por la SE.DRO.NAR., los Estados participantes aprobaron por unanimidad el documento “Estrategia Antidrogas en el Hemisferio”. Los Estados reconocían la necesidad de la cooperación internacional, teniendo en cuenta los mecanismos establecidos por la Convención de Viena de 1988. La CICAD y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas se comprometieron a asistir financieramente a los países que lo solicitaran.

En el punto 3 del documento se advirtió que las drogas ilícitas y las sustancias controladas (como el alcohol, tabaco, psicofármacos, inhalantes), "así como los delitos conexos (…) constituyen una seria amenaza para la salud e integridad de la persona humana y para el normal desarrollo de los pueblos, al tiempo que imponen enormes costos sociales, económicos y políticos a los Estados". Se explicó, en el punto 12, que “la demanda sigue siendo una poderosa fuerza que impulsa la producción y el tráfico de drogas". De esta manera, en consonancia con los postulados de la Guerra contra las Drogas, se reafirmó el enfoque que consideraba al uso de drogas como una amenaza a la salud pública y al usuario de drogas como base social del narcotráfico. Las políticas debían ser “integrales”, es decir, que debían incluir al mismo tiempo, acciones de control de la oferta y la demanda de drogas, definición que fortalecía la unificación de esas funciones en una sola unidad gubernamental, como la SE.DRO.NAR. Al respecto, se estableció que los organismos nacionales de control de las drogas debían coordinar la planificación y ejecución de los planes antidrogas, que debían incluir las áreas de "prevención, asistencia, desarrollo alternativo y aplicación de la ley" (punto 4 y 5).

En el plano de la reducción de la demanda, la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio recomendó que los programas de drogas incorporaran elementos tales como "la investigación, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social, el desarrollo de programas, la educación, la capacitación, la acción comunitaria, la elaboración de políticas y la aplicación de medidas orientadas a crear conciencia social en contra del consumo de drogas". El documento mencionó la importancia de tener en cuenta las condiciones culturales, sociales y económicas de la población en el diseño de los programas. También fomentó el diálogo con instituciones de enseñanza e investigación y con ONGs para comprender el problema y

su evolución y emplear criterios científicos en la evaluación de las estrategias desarrolladas. Los principios del documento coincidían con las políticas asistenciales de la SE.DRO.NAR., que habían incluido a las ONGs en sus programas de atención por uso de drogas.

En noviembre de 1996, el Decreto 1339/96 aprobó lo actuado por la SE.DRO.NAR. en las Sesiones de la CICAD y estableció que los principios y los postulados programáticos de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio debían ser adoptados por la Secretaría en la formulación del Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y el Control del Tráfico Ilícito de Drogas, considerando que éstos eran "concordantes con los postulados del Gobierno Nacional, en especial en materia de la no libre disponibilidad de las drogas; reducción de la demanda, reducción de la oferta y medidas de control" (considerandos, Decreto 1339/96). Cabe señalar que en cuanto a la asistencia, el Decreto 623/96, de junio de ese año, había subrayado la importancia de que el Plan garantizara la aplicabilidad de las medidas de seguridad curativa y educativa establecidas por la Ley 23.737, de manera que el enfoque punitivo del problema de las drogas continuó impregnando el diseño de las políticas asistenciales de la SE.DRO.NAR.

6.2 La expansión del área de incumbencia de la SE.DRO.NAR. en la Segunda Reforma del Estado

6.2.1 La coordinación de las políticas de drogas

En el contexto de la segunda reforma del Estado y con el impulso dado a los organismos nacionales de drogas por la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio, el rol de la SE.DRO.NAR. en la coordinación de las políticas de drogas adquirió relevancia tanto en el ámbito nacional como en el provincial. Sus acciones se centraron en la elaboración del Plan Federal de Prevención y Lucha contra el Narcotráfico (Decreto 1119/96) y en la aplicación de las medidas de seguridad educativa y curativa de la Ley 23.737.

A nivel nacional, la SE.DRO.NAR. integró un Comité de Trabajo Conjunto compuesto por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social, de Justicia y de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). En abril de 1997, el Comité incorporó a represen-

tantes del Ministerio de Cultura y al Consejo Nacional del Menor y la Familia, que dependía de la Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación. Entre las funciones del Comité, se incluyó, además, la realización de investigaciones destinadas a medir resultados de las políticas en materia de drogas y a elaborar propuestas de modificación de las normativas vigentes (Decreto 342/97).

En cuanto la coordinación de las políticas provinciales, mediante el Decreto 623/96 se creó un Consejo Federal, grupos de trabajo interministeriales y una red de información interprovincial para coordinar la elaboración de un diagnóstico de situación y elaborar las políticas de control de la oferta y la demanda de drogas.

Cabe señalar que en el marco de la Reforma del Estado, la coordinación de las políticas públicas adquirió mayor relevancia para la gestión pública, dado que se promovían procesos de descentralización. Al respecto, Ozlak (1997) señaló que si bien este tipo de reforma implicaba el abandono de una visión jerárquica y coercitiva de la acción del Estado y un mayor respeto a la autonomía local, también era posible que el gobierno central perdiera el control sobre la ejecución de las políticas, en tanto éstas se implementaban en una pluralidad de centros de poder. También advirtió que era imprescindible que se establecieran mecanismos de coordinación entre el gobierno nacional y las provincias para evitar la pérdida de la autonomía del nivel central.

6.2.2 La regulación de la calidad de los servicios de asistencia

A mediados de 1997, mediante la Resolución Conjunta 359-151/97 el Ministerio de Salud y Acción Social y la SE.DRO.NAR. crearon un subcomité de Trabajo para actualizar las Normas mínimas de habilitación de los establecimientos preventivo-asistenciales en drogadependencia de acuerdo a los principios y postulados programáticos de la Estrategia Antidrogas en el Hemisferio y a la demanda de la población beneficiaria de las obras sociales. En sus reuniones y grupos de trabajo, el Comité podía invitar a personalidades destacadas en el tema y a representantes de organismos gubernamentales y no gubernamentales con competencia en la materia, a título honorario. Las comunidades terapéuticas participaron de la elaboración de las Normas y fueron incluidas entre los establecimientos asistenciales que podrían ser categorizados por ellas.

En la elaboración de las normas de calidad, el Comité tomó en cuenta el Programa sobre Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (1994). Para la elaboración de estándares de calidad de los servicios de atención a usuarios de drogas, el Programa proponía distintas normas de atención que podían ser calificadas por cada país como esenciales, recomendables o inadecuadas. Entre las normas que parecen haber sido calificadas como esenciales por el Comité, pueden mencionarse: la evaluación de la situación de los usuarios, la adecuación del tratamiento a esa evaluación, los aspectos físicos de los lugares de internación, el registro de la asistencia, la atención de las urgencias en los programas residenciales, la proporción entre cantidad de personal y población atendida y la atención de las familias. Se consideró recomendable la asistencia psiquiátrica, jurídica y social de los usuarios en todos los componentes del Programa Terapéutico.

Las Normas de Funcionamiento ampliaron los requisitos impuestos por la Resolución 3/95 para la Habilitación de Establecimientos Asistenciales. Entre los nuevos requisitos[77] se pueden mencionar la obligatoriedad de presentar el programa terapéutico ante la Secretaría de Política y Regulación de Salud del Ministerio y SE.DRO.NAR., expresando su fundamentación, objetivos, metodología a aplicar y tiempo estimado de duración. Asimismo, se debía consignar la relación entre tipo de especialistas y cantidad de personas internadas [78].

Las Resoluciones Conjuntas 361/97-153/97 y 362/97-154/97 no incluyeron normas relativas a la accesibilidad a los servicios. Cada institución podía definir si admitía a personas que pre-

---

[77] Otros requisitos consistieron en la Habilitación Municipal referida a Edificación, Seguridad y Planeamiento Urbano; título de propiedad o contrato de locación del inmueble en que funcionaba la institución y cumplir con distintos requisitos relativos a las características de la planta física, de los espacios libres y de los servicios complementarios de cada institución, de acuerdo al nivel en que se inscribían. En caso de tratarse de ONGs se solicitaba la memoria y balance; la declaración del asiento de la administración y sucursales, la nómina actualizada de autoridades y la contratación de un seguro amplio de responsabilidad civil por las prácticas médicas y paramédicas. También se incorporó un Registro de seguimiento posterior al alta, con un mínimo de dos años, supervisado por el Director del Área Asistencial.

[78] En Módulos o Unidades de 50 Internos, deberá contarse con: un psicólogo cada 10 personas internadas, con una carga horaria mínima de 16 hs. semanales y un médico cada 20, con una carga horaria mínima de 9 hs. semanales. Por cada módulo o unidad debía designarse a un director técnico; un supervisor clínico, un administrativo contable, un encargado de mantenimiento y un responsable nocturno por cada 25 internos.

sentaran co-morbilidad psiquiátrica y/o VIH-SIDA[79] y de quienes fueran derivados por orden judicial.

Tampoco se mencionaron normas de calidad relativas a los derechos de los usuarios[80], estableciendo únicamente que cada organismo asistencial debía elaborar un Reglamento interno de los derechos y obligaciones de los pacientes (Resolución Conjunta 361/97-153/97, Art. 5, inc. IV - punto 3). La omisión de normas relativas a este tema, significó que no se reconoció como esencial o aconsejable, que los usuarios participaran en la gestión de los tratamientos o que tuvieran la posibilidad de denunciar tratos inadecuados. Puede deducirse que el grado de satisfacción de los usuarios con el tratamiento no parecía constituir un elemento fundamental de las auditorías. Cabe señalar que hasta la sanción de la Ley 26.657, en 2010, la legislación argentina contenía pocas disposiciones procesales para proteger los derechos de las personas internadas coactivamente (CELS-MDRI, 2008)[81, 82].

6.3 Las normas de calidad de la atención por uso de drogas

Las "Normas de Categorización para aquellos Establecimientos que brindan Servicios Preventivos Asistenciales en Drogadependencia" (Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR.) se establecieron el mismo día que el "Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción" (Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR.). Son disposiciones complementarias entre sí: mientras las Normas de Categorización clasifi-

---

[79] En los establecimientos con capacidad de internación se debían elaborar programas para la atención del VIH y respetar las normas de bioseguridad. Aunque la reducción de daños estaba contenida en las normas del Programa de la OMS, no se mencionó entre las prácticas terapéuticas aconsejables.

[80] El Programa sobre Abuso de Sustancias de la OMS propuso como indicadores del respeto por los derechos de los usuarios en los servicios de atención por uso de drogas: la confidencialidad, la información sobre el contenido y riesgos del tratamiento, la posibilidad de mantener contacto con la familia, de decidir sobre la toma de exámenes de detección del VIH, la existencia de procedimientos de denuncia, y la definición del tipo de situaciones en las que se ejercía la coerción física para detener a pacientes con capacidad legal para decidir.

[81] En un análisis de la legislación argentina de salud mental, el CELS y MDRI afirmaban: "esta legislación no garantiza el derecho a ser juzgado en un plazo razonable, no concede el derecho a designar un defensor y no ofrece un examen médico periódico por parte de un órgano de revisión de las internaciones involuntarias" (CELS, MDRI, 2008: 100).

[82] La ley 26.657 estableció que las internaciones involuntarias debían informarse al juez dentro de las 10 horas de producidas y que éste debía evaluar la situación del usuario en un plazo de tres días (Art 21). Asimismo reconoció del derecho de las personas internadas a designar un abogado y la obligación del Estado de proporcionarle uno, si no lo hiciera (Art. 22). También creó el Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental (Art. 38). El Órgano de Revisión debía designar un equipo interdisciplinario para evaluar las situaciones de las personas internadas por más de 90 días (Art. 24).

caron a los centros asistenciales[83] en tres niveles (Nivel 1: consultorios externos; Nivel 2: hospital de día; Nivel 3: establecimientos con capacidad de internación), el Programa definió distintas situaciones que significaban el ingreso, el pasaje o el egreso por cada uno de ellos, en base a la concepción psiquiátrica del problema de las drogas, que distingue entre *uso*, *abuso* y *dependencia* a drogas. Según el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales, en su IV versión (DSM IV), el *abuso de de drogas* consiste en:

> "un patrón des-adaptativo del consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes" (DSM IV, 1985:188).

La *dependencia* es caracterizada por:

> "un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia" (DSM IV, 1985:182).

Estas definiciones refieren a la persistencia del consumo *a pesar de los problemas* (legales, familiares, laborales, educativos) que se relacionan con él. La idea de "des-adaptación", mencionada frecuentemente en el texto del manual, centra el diagnóstico en una valoración de la distancia entre el comportamiento del sujeto y las "obligaciones" que se deberían cumplir (DSM IV, 1985:182-190). De esta manera, como todo padecimiento psíquico, el abuso y la dependencia de drogas se definen por la referencia a la norma social (Galende, 1990).

La nosología psiquiátrica contenida en el Manual, que clasifica los trastornos por abuso y dependencia a drogas según el tipo de sustancia consumida, tiende a reforzar la percepción

---

[83] En relación a la resolución anterior, se cambia el nombre de "*establecimiento*" preventivo asistencial por el de "*centro*". Entre las actividades que deben brindar se mantienen con la norma anterior las de orientación, diagnóstico, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación y reinserción social de las personas usuarias de sustancias psicoactivas y "*cualquier otra medida terapéutica tendiente a mejorar su estado físico, psicológico y social*" (Art. 1, Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR.).

sobre las drogas ilegales como *un mal* externo que *ataca* a los individuos, dejándolos incapaces de controlar no sólo su consumo, sino también su comportamiento en general. De esta manera, el uso de drogas -y no sólo el abuso y la dependencia- tiende a ser considerado una práctica irracional, que se explica intrínsecamente por los efectos de las sustancias, más allá de las circunstancias en las que son usadas (Galante y otros, 2009).

El proceso de admisión y diagnóstico

El objetivo de la admisión y el diagnostico, en el Programa Terapéutico Básico era evaluar el "grado de enfermedad que presenta el paciente" y determinar el tipo de institución adecuada para brindarle asistencia, con la conformidad del usuario (Anexo 1, punto A-1). Aunque este proceso podía realizarse en todas las modalidades de atención, el *centro de admisión y diagnóstico (C.A.D.)* y el *centro de desintoxicación* (Tabla 2) eran dispositivos específicamente destinados a la evaluación de la situación que presentaban los usuarios.

Aunque fueron incorporados en el Programa, los centros de desintoxicación no fueron incluidos en las Normas de Categorización porque la regulación de instituciones de alta complejidad asistencial era de incumbencia exclusiva del Ministerio de Salud. Su mención parecía, tener por objeto obligar a las obras sociales a atender las situaciones críticas asociadas al uso de drogas en los servicios de emergencias.

El proceso de diagnóstico (en todos los tipos de prestaciones) incluía una "rutina mínima de laboratorio" y de detección de enfermedades asociadas al consumo de drogas (enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B, Chagas, Toxoplasmosis y VIH). Al mes de tratamiento, se debía efectuar un diagnóstico médico psicológico para distinguir a la dependencia de "otro trastorno mental inducido por sustancias" (Anexo 1-Mecanismos de Evaluación y Control). Esta distinción no sólo era esencial para efectuar un diagnóstico adecuado de la situación del usuario de drogas, también era importante para determinar la derivación a una institución con capacidad de internación, ya que no todas las instituciones admitían a personas con co-morbilidad psiquiátrica o con VIH.

Tabla 2: Dispositivos de diagnóstico del Programa Terapéutico Básico a cumplimentar en el tratamiento de las adicciones (Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR.)

	Centros de admisión y diagnóstico	**Centro de desintoxicación (servicio de emergencia)**
Definición	"Detección precoz y reducción de los riesgos que facilitan o inducen al uso de sustancias psicoactivas. Se trata de un ámbito orientador y/o derivador" (Anexo 1, B.4)	Atención en crisis: deterioro físico, sobredosis. Se distinguen de los servicios de Toxicología de Urgencias por su especialización en drogadependencia. Deben instalarse en una institución sanitaria de alta calidad prestacional para favorecer las interconsultas.
Permanencia del usuario	Ambulatorio.	Internación hasta superar la crisis.
Cobertura	8 entrevistas.	Desde una semana a un mes.
Prácticas terapéuticas	Entrevistas de orientación, asesoramiento e información al público, que lo solicite en forma espontánea o por derivación judicial. Entrevistas motivacionales. Proceso de admisión y diagnóstico.	Atención médica especializada en la intoxicación aguda y en cuadros de dependencia fisiológica, abstinencia, cronicidad en el consumo complicada con deterioro orgánico severo. Al menos una entrevista motivacional para lograr el inicio del tratamiento.
Recursos humanos básicos	Médico. Psicólogo. Asistente Social. Técnico (operador sociote-rapéutico).	Especialidades: Psicofarmacología, Psiquiatría, Clínica Médica, Cardiología, Nefrología. Equipo interdisciplinario (no se menciona la composición) para el abordaje integral luego del episodio agudo.
Articulación con otros dispositivos **(cada uno de ellos podía constituir el único dispositivo a implementarse)**	Centro de derivación.	Debía incluirse en una institución de alta calidad prestacional que posibilitara la interconsulta con los servicios de Toxicología, Psicofarmacología, Psiquiatría, Clínica Médica, Cardiología y Nefrología. Derivación a otros dispositivos de acuerdo al diagnóstico.

El tratamiento ambulatorio:

El *tratamiento ambulatorio* (Tabla 3) podía efectuarse en los dispositivos de tratamiento ambulatorio propiamente dichos, (categorizados como Nivel I) y en los centros de día (Nivel

II). El primero dispensaba atención médica y psicológica para los usuarios de drogas con "contención familiar y social", "conciencia de enfermedad" y que pidieran "expresamente y sin intermediarios la atención especializada". Asimismo, debían tener la "capacidad de sostener tratamientos" con "responsabilidad" *(*Anexo 1- Parte B-Punto 1: Tratamiento ambulatorio).

La conciencia de enfermedad es un término utilizado generalmente por los especialistas para referirse al grado de aceptación del diagnóstico médico y por lo tanto, constituye un indicador de salud mental. En el caso de los usuarios de drogas diagnosticados como *dependientes a las drogas* la conciencia de enfermedad indica que el sujeto admite que no puede controlar el consumo, que esta dificultad ha traído problemas significativos en su vida diaria y que requiere de la asistencia médica para lograr la abstinencia. Por el contrario, si sostiene que puede controlar o suprimir el consumo de drogas cuando lo desee y rechazar la asistencia terapéutica, se considerará que presenta una *resistencia* al tratamiento o que tiene dificultades para percibir adecuadamente la realidad (Dabrowsky y otros, 2004). Puede advertirse que la coacción penal para aceptar el tratamiento en el caso de los procesados por infracción a la ley de drogas, volvió difícil la distinción entre conciencia de enfermedad y una actitud racional tendiente a evitar la sanción punitiva.

Aunque no existe acuerdo en qué consiste exactamente la *contención* puede decirse que el término era generalmente utilizado para referirse a la posibilidad de control (basado fundamentalmente en los lazos afectivos) de las personas que se encuentran en el entorno más cercano, como familiares y amigos sobre la conducta del sujeto, sobre todo para cumplir con las indicaciones terapéuticas (Dabrowsky y otros, 2004).

La conciencia de enfermedad y la contención familiar eran los ejes que definían el ingreso, la derivación o el egreso a todos los dispositivos del Programa. De este modo, los *centros de día* se definían por su capacidad de *contención diurna* del usuario de drogas -por cuatro u ocho horas-, lo que suponía que los usuarios podían controlar su comportamiento por sí mismos o con la ayuda de familiares o amigos durante el resto del día. Por este motivo, la *descontención* o la crisis familiar de quienes habían sido diagnosticados como drogadependientes era una situación que podía motivar el ingreso a un programa residencial.

Tabla 3: Dispositivos ambulatorios del Programa Terapéutico Básico a cumplimentar en el tratamiento de las adicciones (Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR.)

Prestaciones	Tratamiento ambulatorio	Centro de día
Definición de la situación a atender	Personas con "contención familiar y/o social en su presentación espontánea o por derivación judicial, con capacidad de responsabilidad para el sostenimiento de un tratamiento o bien personas con conciencia de enfermedad, cuyos síntomas son considerados por ellos mismos como egodistónicos, por lo que pueden pedir expresamente y sin intermediarios la atención especializada".	Personas con red familiar y social, que requieran "contención diurna". Lugar de mayor contención en un momento de agudización de los síntomas o de inestabilidad familiar, en un tratamiento en consultorios externos. Seguimiento luego de la internación.
Permanencia del usuario	Ambulatorio.	De lunes a viernes 4 u 8 horas (incluye una comida) durante el día.
Cobertura	2 prestaciones semanales durante 6 meses. Renovable por otros 6 meses.	6 meses. Renovable por otros 6 meses si se trataba del tratamiento principal.
Prácticas terapéuticas	Tratamiento psicoterapéutico individual. Tratamiento familiar y/o vincular. Tratamiento grupal. Control y seguimiento médico-clínico. En caso necesario control y seguimiento psiquiátrico y farmacológico	Psicoterapia grupal. Psicoterapia familiar y/o vincular. Psicoterapia individual. Atención médica clínica y psiquiátrica. Plan de actividades sistemáticas: recreativas, lúdicas, deportivas, artísticas y/o educativas.
Recursos humanos básicos	Médico. Psicólogo. Administrativo. Recomendable: asistencia social y legal. Consultor: médico psiquiatra.	Médico. Psicólogo. Técnicos: docentes, profesores especiales, terapistas ocupacionales, operadores socioterapéuticos. Se recomienda asistencia social y legal. Consultores: médico-psiquiatra, nutricionista.
Articulación con otros dispositivos **(cada uno de ellos podía constituir el único dispositivo a implementarse)**	Primer "eslabón de inicio del tratamiento". Complementario en caso de personas egresadas del Hospital de Día o de internación.	Puede ser un programa terapéutico en sí mismo o de pasaje. Atención en crisis en tratamientos ambulatorios o de seguimiento de internación. Se puede articular el seguimiento con consultorios externos luego de la atención en hospital de día.

El tratamiento en Internación:

Si bien el riesgo de que el usuario de drogas causara un daño para sí mismo o para terceros, era un criterio para indicar la internación[84], también se tomaba en cuenta el fracaso en otras modalidades de tratamiento o las dificultades del sujeto para sostenerlas. De esta manera, el *programa residencial* podía ser el primer dispositivo de asistencia o bien *el último recurso* luego de haber transitado por otros dispositivos.

Tabla 4 Dispositivos residenciales del Programa Terapéutico Básico a cumplimentar en el tratamiento de las adicciones (Resolución Conjunta 362/97 M.S.A.S. 154/97 SE.DRO.NAR.)

Prestaciones	**Programa residencial o en internación**	**Centro de noche (parte de servicio de internación)**
Definición de la situación a atender	Crisis socio-ambiental o personal-familiar que impidan acceder a las modalidades ambulatorias. "Comportamientos que pongan en peligro al propio sujeto como a su grupo conviviente". "Personas cuyo consumo compulsivo impida sostener las otras modalidades que hayan tenido fracasos en sus anteriores intentos". Indicación específica de Comunidad Terapéutica: Personalidades antisociales estabilizadas en el desarrollo de una conducta toxicómana. Trastorno de la personalidad. Menores o adolescentes con trastorno de la personalidad con alto riesgo de complicarse por consumo de sustancias.	Personas que han logrado una recuperación satisfactoria y consiguieron una salida laboral y educación, pero no lograron la reinserción social familiar y requieren una contención parcial a fin de logar su autonomía.
Permanencia del usuario	24 horas.	Tarde y noche.
Cobertura	3 a 6 meses. Renovable por otros seis. En caso de comorbilidad psiquiátrica, se podía renovar semestralmente hasta llegar a los 24 meses.	2 meses. Renovable por otros 2 meses.
Prácticas terapeúticas	Plan diario de actividades sistemáticas, psicoterapéuticas, socioterapéuticas y médicas. Prestaciones: a) proceso de admisión y diagnóstico personal, familiar y social.	Psicoterapia individual y familiar. Técnicas grupales.

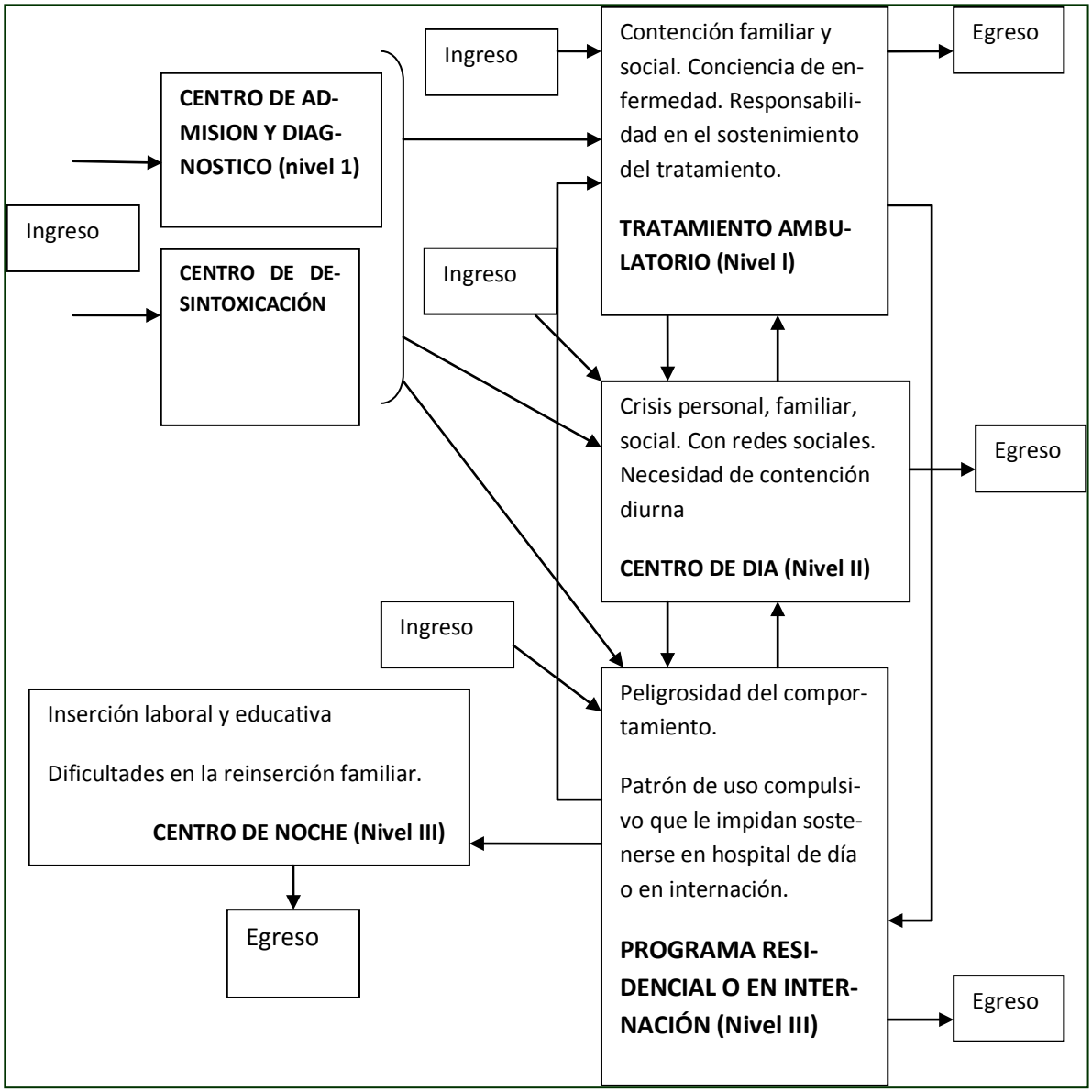
[84] Según el art. 482 del Código Civil, vigente al momento del estudio. Fue modificado en 2010 por la Ley de Salud Mental 26.657.

	b) tratamiento: -asistencia médica clínica o especializada. -asistencia psicológica y/o consejería individual, familiar y/o vincular. Técnicas grupales: Grupos de pares, de familias, grupos educativos, recreativos, lúdicos, deportivos, artísticos, y/o de trabajo corporal. Programa de re-inserción social-laboral. Programa de evaluación y seguimiento del VIH.	
Recursos humanos básicos	Médico. Psicólogo. Técnico y operador socioterapéutico. Se recomienda: asistencia social y legal. Consultores: médico-psiquiatra, médico infectólogo y nutricionista. Psiquiatra de guardia si se admiten personas con co-morbilidad psiquiátrica.	Sin especificar.
Articulación con otros dispositivos **(cada uno de ellos podía constituir el único dispositivo a implementarse)**	Podía articularse con cualquiera de los otros dispositivos, especialmente durante el proceso de externación.	Especialmente en articulación con los programas residenciales, como parte del proceso de externación.

La articulación entre dispositivos

Aunque en los CAD y los centros de desintoxicación eran dispositivos destinados específicamente a la evaluación de la situación que presentaban los usuarios, el tratamiento podía comenzar en cualquier centro asistencial, aunque fueran los de internación. El usuario podía efectuar el tratamiento en un solo dispositivo o ser derivado a otro si se producían cambios en su situación: por ejemplo, una *crisis*, podía significar el pasaje del tratamiento ambulatorio a un centro de día o bien, que una vez cumplido el programa residencial, se resolviera apoyar la externación con la asistencia de un centro de noche (si el usuario tenía problemas en la contención familiar) a un hospital de día (si era necesaria la contención diurna) o al tratamiento ambulatorio (Gráfico 1).

Gráfico 1. Criterios de admisión y derivación a los dispositivos del Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción. Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR.



6.4 La inclusión de las comunidades terapéuticas en la categorización de los establecimientos asistenciales

Mientras en las Normas de Categorización de los establecimientos asistenciales (Resolución Conjunta 361-153/97 M.S.A.S. y SE.DRO.NAR.) en los niveles I y II se mencionaron dispositivos asistenciales específicos (consultorios externos, hospital de día), el nivel III comprendía

una categoría más amplia, capaz de contener distintas modalidades de atención como por ejemplo, las clínicas psiquiátricas y las comunidades terapéuticas.

En los considerandos de las Normas se mencionaba que era necesario contemplar "la existencia de las Comunidades Terapéuticas, las cuales cubren un importante vacío en la atención de los pacientes adictos, implementando un sistema diferente a las prácticas psiquiátricas tradicionales, con una valoración integral y humana en la problemática". Este reconocimiento incluía una crítica a las prácticas psiquiátricas tradicionales, al mismo tiempo que situaba a las CT como una modalidad alternativa de tratamiento por uso problemático de drogas. La inclusión de las CT entre los programas residenciales permitía jerarquizar las políticas de asistencia de la SE.DRO.NAR., cuyo Programa de subsidios había incluido a comunidades terapéuticas gestionadas por operadores sin formación académica, (en su mayoría usuarios de drogas que habían logrado *dejar las drogas*) y que no estaban fiscalizadas por el Ministerio de Salud y Acción Social.

Al compararse el texto del Programa Terapéutico Básico y las Normas de categorización, se advierte una tensión en la definición de las CT. En el Programa, persiste el enfoque psiquiátrico, que indica a la internación en este dispositivo para:

> "personalidades llamadas antisociales estabilizadas en el desarrollo de una conducta toxicómana (Trastorno antisocial de la personalidad. Trastorno de la personalidad del grupo B. Eje 11-F60.2. DSM IV). O bien en el caso de menores de 18 años, niños o adolescentes con trastorno disocial (Conduct disorder, F91. 8 DSM IV[85]) que tienen un alto riesgo de complicarse con trastornos por consumo de sustancias" (Anexo 1).

De acuerdo a esta indicación, las CT estaban indicadas especialmente para el tratamiento de las llamadas *patologías duales*[86] y por lo tanto, deberían contar con guardia psiquiátrica. En comparación, las normas de categorización presentan una definición del dispositivo que resalta la integralidad del tratamiento, la atención grupal y la adquisición de valores como el compromiso y la responsabilidad:

---

[85] En inglés en el original.
[86] En el discurso de los entrevistados, se utilizaba el término *patología dual*, para referirse a la situación de una persona con un diagnóstico psiquiátrico de *dependencia a drogas* y otro trastorno *mental.*

> "Comunidad Terapéutica: Es toda aquella modalidad de tratamiento habilitatorio, que prioriza la recuperación comunitaria e incluye la recuperación personal en los aspectos biológico, psicológico y social, con programas destinados a la atención de la salud, educación básica, desarrollo valorativo y desarrollo de habilidades sociales y laborales. La C.T. (Comunidad Terapéutica) para patologías adictivas es aquella que brinda un tratamiento con diferentes fases, en las cuales, los residentes deben transitar un proceso que procure el crecimiento en responsabilidad y compromiso: priorizándose el trabajo grupal por sobre el abordaje individual, sin renuncia de un programa personalizado. Esta modalidad comprende a los supuestos de co-morbilidad psico-social (O.M.S, Documento WHO/PSA/93.5)" (Anexo 1).

De acuerdo a las normas de categorización, la *co-morbilidad* atendida por las CT era *psico-social*, de modo que éstas podían rechazar la admisión de personas que tuvieran diagnóstico de un trastorno psiquiátrico.

La incorporación de las CT dirigidas por especialistas sin formación académica en los programas de asistencia llevó a que las resoluciones de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de Salud y Acción Social establecieran distintas disposiciones relativas a los especialistas que debían conformar los equipos de atención en el III Nivel:

- la Dirección Técnica de la estrategia asistencial-institucional podía estar a cargo de un médico que acreditara experiencia en el tratamiento por uso de drogas (en las Normas Mínimas de Habilitación de Establecimientos, de 1995, sólo podían ser psiquiatras);
- los operadores socioterapéuticos fueron incluidos entre los técnicos que podían formar parte de los Programas Residenciales. Según el Programa Terapéutico Básico, al menos el 50% del equipo debía estar integrado por profesionales universitarios.

Ambas resoluciones valorizaron los tratamientos grupales y los programas destinados a la reinserción social de los residentes, que eran prácticas propias de las CT. Por otra parte, se aclaró expresamente que los centros de tratamiento con internación debían cumplir con la Ley Nº 22.914, que regulaba la internación en establecimientos de salud mental y que establecía que aún la internación voluntaria debía ser ordenada por un médico.

6.5 La capacidad institucional de la SE.DRO.NAR. para regular la atención por uso de drogas

6.5.1 La visión de los operadores socioterapéuticos

Para garantizar la calidad de la atención de la salud en el proceso de Reforma era esencial que los organismos de control tuvieran una alta capacidad de regulación. Pero, los OST que participaron del estudio describieron varios problemas que debía afrontar la SE.DRO.NAR. en su desempeño como organismo coordinador del diseño y la gestión de las políticas asistenciales de drogas.

Los OSTs explicaron que las deficiencias en las políticas de personal se tradujeron en déficits en la capacidad individual de los funcionarios que debían gestionar las políticas de drogas:

> *No digo que los dirigentes sean malos, me parece que están, en otro tema. Hay, habría que poner gente idónea en los lugares y no esto de andar eligiendo por afinidad (operador socioterapéutico, 35 años).*
>
> *Te voy contando algo muy sencillo, algo muy concreto: quisimos diseñar un programa para los pibes menores… Y no se pudo hacer nada, porque reventó el tipo que estaba a cargo de eso, después cambió el ministro…Y bueno… (…) y no sé donde está todavía (risas) (operador socioterapéutico, 47 años, en grupo de discusión 1).*

Las críticas sobre las políticas de personal se basaban en que el ingreso a los cargos jerárquicos no se efectuaba por el desempeño en la carrera profesional y los concursos, sino que dependía de la afinidad con los gobernantes. Para los OST, esta situación podía acarrear tanto un déficit en el conocimiento y las motivaciones para trabajar en el problema de las drogas, como falta de continuidad de los procesos de diseño e implementación de las políticas. Al respecto, los OST relataban que el cambio de gobierno o de ministros significaba *"empezar de cero"* en el diálogo con la SE.DRO.NAR.

Cabe reflexionar que la implementación de una carrera administrativa basada en el mérito era un elemento central de las reformas estatales *hacia adentro*, ya que la *cultura administrativa* en Argentina favorecía la promoción automática en base a la antigüedad y el ingreso al empleo público en reconocimiento de favores o de lealtades partidarias. En el extremo, el

predominio de la lógica patrimonialista sobre la racionalidad técnica en la asignación de cargos podía volver ineficaz la reforma estatal. Por ejemplo, el nombramiento de un funcionario por afinidad política ponía en cuestión la validez del ingreso por concurso; la eximición de la obligación de la evaluación del desempeño de los funcionarios nombrados de este modo volvía a instaurar la promoción automática. Además la legitimidad de la autoridad del funcionario sería sólo formal, lo que se agravaba si éste tenía poca capacidad personal para desempeñarse adecuadamente (Ozlak, 1999).

La impronta de la lógica clientelar en las relaciones de las CT con los financiadores fue objeto de debate en uno de los grupos de discusión:

> F - *Yo hablo de la forma de relación. Y entonces si de repente mañana a mí la SE.DRO.NAR. me da un subsidio para FONGA, inclusive hasta lo discutimos en una asamblea de FONGA, pareciera ser que ya FONGA no puede decir nada de la SE.DRO.NAR., no se puede criticar, no se puede no estar de acuerdo porque te dio una plata…*
>
> *H - Eso pasó un poco, con el tema de las comunidades terapéuticas, como todos vivían de esas becas, ¿entendés?…nadie decía nada de la SE.DRO.NAR.*
>
> *F - Pero, yo creo que hay una relación permanente…Porque de repente, si vamos al caso lo que se está planteando, por ejemplo con los dirigentes sindicales, que son más grossos todavía, también ahí hay una cosa de: "Mira flaco…vos no me hagás quilombo, mientras yo te esté dando* (un subsidio) *vos te tenés que quedar en el molde. Por eso digo que va más allá* (de la SE.DRO.NAR.). *Es una forma de relación… (OST en grupo de discusión 1).*

Aunque la mayoría de los OST señalaron que tenían distintas fuentes de financiamiento (a través de programas gubernamentales, obras sociales, las empresas de medicina prepaga) lo que podía darles cierto margen de independencia frente a la SE.DRO.NAR., la discusión grupal mostraba que la idea de la continuidad en el programa de subsidios dependía más de la lealtad hacia los funcionarios que del desempeño institucional. Al respecto, la falta de diálogo era otro aspecto negativo de la intervención señalado por los OST:

> *Y la SE.DRO.NAR. con las ONG´s, poco y nada. No tienen casi contacto. No hay un trabajo en común. Y eso la verdad que es una cagada. (Silencio). Yo no sé, capaz que es-*

toy desinformado, pero no, no, no sé si hay un trabajo realmente en equipo, si se resuelve qué cosas se van a tratar con las organizaciones no gubernamentales de parte del Estado...Y en verdad las que están bancando el sistema son las ONG, la gran mayoría (operador socioterapéutico, 35 años).

Por otra parte, la falta de diálogo y la desconfianza podía obstaculizar que las ONGs aportaran soluciones *desde abajo* a nuevos problemas sociales que requerían aportes innovadores (CLAD, 1998), como la irrupción del consumo de pasta base de cocaína (PBC) entre los niños y adolescentes:

G:- Los menores no pueden estar en comunidad terapéutica, desde la ley y desde la experiencia… lo que pasa es que no lo hemos criticado, ni desde el Estado ni desde la sociedad… ni desde las organizaciones correspondientes.

F - Está claro lo que vos decís, pero ahí hay un tema muy importante las comunidades recibieron un montón de pibitos porque eran el recurso. Te tiraban los camiones (…) El asunto es que muchas comunidades, sobre la marcha, han hecho el esfuerzo de hacer una adaptación absoluta de la comunidad (…) El Estado en ese sentido tampoco hizo una previsión, un trabajo de adaptación. Decir: muchachos ustedes tienen organizaciones que trabajan en rehabilitación vamos a juntarnos, vamos a armar un modelo, un modelo para menores (grupo de discusión 1).

En un clima de desconfianza, los actores esperan que las soluciones vengan *desde arriba* (Villoria Mendieta, 2002). Al respecto, los OST muestran a las CT aceptando afrontar la atención de niños y adolescentes con muy pocos recursos, y sin exigir que se generara un debate sobre la mejor manera de dar respuesta al problema.

En relación a la capacidad financiera de la SE.DRO.NAR., los OST explicaron que los recursos con los que contaba la Secretaría eran insuficientes para responder a la demanda de atención por uso de drogas en el país.

- La realidad es que el Estado, no el gobierno, porque gobiernos han pasado muchos, no aumentó el presupuesto. No les importa en absoluto el tema, no les importa nada… El 40% del presupuesto de la SE.DRO.NAR. se va en sueldos de su propio personal. Entonces, perdoname ¿de qué plan podés hablar? (operador socioterapéutico, 48 años, en Grupo de Discusión 1).

Los OST consideraban que el presupuesto de la SE.DRO.NAR. era muy bajo, lo que limitaba su capacidad de ampliar y diversificar sus políticas. Asimismo, los OST que eran referentes en el campo de la atención por uso de drogas, advertían que en las provincias, si bien se estaban generando nuevas estructuras ocupadas del problema, éstas tenían poca capacidad técnica y operativa:

> *- Hay muchos lugares que no tienen nada. Nos llaman para que aunque sea vayamos a explicar un poco qué se puede hacer. Pero ingresó en las estructuras políticas el tema, entonces todos tienen una secretaria, un responsable. Ahora después, te llama el responsable y dice: "Flaco, mirá me nombraron secretario de drogas de la municipalidad de tal lugar, ¿viste? ¿Porque no vienen a qué sé yo, a decir qué hacemos? Hacemos un centro, hacemos un lugar de derivación? Hay muchos lugares que están sumamente desprotegidos, lo que sí yo te diría tratando de tirar una buena es que entró en todas las estructuras, por lo menos en el Estado, en la mayoría de las estructuras está, el tema (operador socioterapéutico, 48 años, en grupo de discusión 1).*

Los OST explicaron que si bien se habían originado muchas estructuras gubernamentales destinadas a la atención por uso de drogas en las provincias, la SE.DRO.NAR. habría tenido deficiencias para formar recursos humanos especializados y para brindar asesoramiento técnico a los gobiernos en ese ámbito.

En el grupo de discusión, los entrevistados reflexionaron sobre las dificultades que tuvieron para influir en las políticas de drogas de la SE.DRO.NAR.:

> *G- No pudimos lograr que el Estado argentino se ocupe. Tiene el presupuesto más bajo de Latinoamérica: Chile triplica, Brasil cuadruplica…*
>
> *J - Porque el Estado nos representa como sociedad y nadie de nosotros… (se superponen continuamente)*
>
> *G- Les bancamos cualquier cosa.*
>
> *J - Nadie de nosotros se calienta por ir a manifestar, en todo caso, como decís vos por un problema que no es directamente mío…*
>
> *G – Vamos a hacer una autocrítica…*

F - Yo creo que una de las cosas que para mí… lo que tenemos que hacer es poner mucha energía como dirigentes que somos, porque en definitiva se trata de la construcción de ciudadanía, ¿no?… porque la inversión más grande que podemos hacer como sociedad es construir ciudadanía permanentemente (OST en grupo de discusión 1).

En una visión crítica, los OST reconocían que no habían logrado articular sus demandas para lograr aumentar el presupuesto y participar en el diseño de políticas asistenciales de la SE.DRO.NAR. Pero también puede advertirse que la participación de los OST parecía estar afectada por la desconfianza hacia los funcionarios de la Secretaría. Al respecto, la construcción de la confianza social debería ser una de las principales metas de las reformas estatales en América Latina, donde los altos niveles de corrupción afectaron la economía, la sociedad y la democracia. Cabe señalar que en el proceso de generación de confianza (sobre todo en países donde las experiencias colectivas remiten a la persistencia de relaciones clientelares y de corrupción estatal) resulta fundamental contar con personas con fuertes contenidos morales en cargos de alta jerarquía de modo que sean percibidas como incorruptibles (Villoria Mendieta, 2002). Por el contrario, la designación de funcionarios por afinidad política favorece la persistencia de la desconfianza hacia las instituciones.

6.5.2 La visión de los especialistas que trabajaban en la SE.DRO.NAR.

Los especialistas que trabajan en admisión y en auditoria mencionaron que la SE.DRO.NAR. aplicaba dos tipos de sanciones a las instituciones que no cumplían con las normas de calidad en la atención: el traslado del residente a otra CT y el cese en el programa asistencial. En la discusión grupal, opinaron que este tipo de sanciones tenían limitaciones para regular el campo de la atención por uso de drogas, ya que se circunscribían a las prestadoras del Programa Asistencial y no implicaban el cierre de las instituciones infractoras. Asimismo, consideraron que la SE.DRO.NAR. tenía deficiencias en la auditoría de las instituciones que formaban parte de sus programas de asistencia.

En la Provincia de Buenos Aires, programas residenciales hay como 600, de los cuales alcanzados por la normativa y todo lo demás, hay 40. ¿Se entiende la diferencia? Entonces en la provincia, por ejemplo, se dice "Bueno, si yo ya tengo una casita, puse una casita, tengo mi comunidad terapéutica (…). Pero el Estado tiene que controlar

¿por qué? Porque muchas veces… hay muchas aberraciones (admisor en SE.DRO.NAR., 50 años).

Yo, en lo que recorrí a lo largo de mi vida he visto muy poco control al nivel de las habilitaciones. Las declaraciones juradas, muchas veces no guardan, o guardan muy poca relación con la realidad y no se controlan (auditora en SE.DRO.NAR. y en obras sociales, 44 años).

Para los entrevistados, la SE.DRO.NAR. tenía poca capacidad para impedir el funcionamiento de las instituciones que no cumplían con los requisitos necesarios para ser categorizadas como centros preventivos asistenciales en drogadependencia. Al respecto, Alejandro Gregori[87] explicó que la capacidad institucional de la SE.DRO.NAR. para regular la calidad de la atención en las comunidades terapéuticas, fue incrementándose con el tiempo:

"La Dirección Nacional de Asistencia fue evolucionando porque cuando comenzó éramos tres personas y la idea era coordinar las políticas públicas en asistencia, pero luego, ante la demanda de la comunidad, ante la falta de respuesta en lo asistencial por parte del Estado y de las ONGs, se fue complejizando. Las circunstancias nos llevaron a hacer más compleja esta Dirección Nacional y hoy funcionan en ella nueve programas y cuenta con más de 60 personas" (Gregori, 2010:165).

El relato de Gregori remite al crecimiento del aparato burocrático de la SE.DRO.NAR., adecuándose a la expansión de su área de incumbencia en la década de los ´90. Gregori explicó que el aumento del presupuesto produjo cambios en la admisión al Programa Asistencial:

"*Al principio, como éramos tan pocos, empezamos a atender a pacientes para derivar al tratamiento, venía el paciente, uno o dos lo atendían y lo derivaban como podían (…) comenzamos a derivar pacientes, veíamos que sexo tenían, la edad, la patología y quien aceptaba al paciente y así lo mandábamos a tratamiento. Hoy el Centro de Consultas y Orientaciones está conformado por un equipo interdisciplinario, donde hay psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos, odontólogos y asistentes sociales" (Gregori, 2010:165-166).*

---

[87] Alejandro Gregorí era Director Nacional de Asistencia de la SE.DRO.NAR. en 2008.

Según este relato, la admisión pasó de consistir en una entrevista cuyo objetivo era determinar el tipo de institución al que sería derivado cada usuario, a constituir un proceso interdisciplinario de asistencia. El incremento de personal (desde tres, en 1989 a más de 60 en 2007) no sólo había modificado la admisión, sino la auditoría en las CT:

> *"Otro de los programas es el de Auditorías a las ONGs. Estas auditorías son de carácter global, se inspecciona la hotelería, es decir cómo viven y comen los pacientes. Esto es lo que marca la diferencia, ya que hace unos años, sólo se pensaba que se les estaba salvando la vida y punto. Se audita la comida, las habitaciones, la comodidad de las camas y todo el proceso de tratamiento. Se entrevista uno a uno a los pacientes para ver si han evolucionado en su tratamiento y si están conformes (Gregori, 2010:166).*
>
> *Y hay un montón de cosas que no se cumplen. Pero ahora se está muy encima. Si no se cumple algo se los suspende (…) Y hay un cambio, me parece que tienen como más conciencia, que es importante para el paciente (auditora en SE.DRO.NAR., 60 años).*

Particularmente, la entrevistada hizo hincapié en la auditoría de la atención por VIH-SIDA.

> *Durante las auditorías se vio que la parte médica no se llevaba a cabo en forma satisfactoria en las comunidades...Tardaban en hacerse los análisis, y como esto estaba dentro de las prestaciones que tienen que hacer, se creó un programa para hacer un seguimiento más sistemático del paciente. Los auditores van a las instituciones, ven toda la parte de estudios de laboratorio, si están hechos o no están hechos. Si hay un paciente HIV a qué hospital concurre, si toma la medicación, etc. (auditora en SE.DRO.NAR., 60 años).*

Aunque los especialistas reconocían las limitaciones de la SE.DRO.NAR. para regular la atención en las CT hacían hincapié en los avances y en la expansión de su capacidad operativa. Asimismo, para los entrevistados aunque la regulación no haya significado el cierre de las instituciones que no cumplían con las normas de calidad de la SE.DRO.NAR. y el Ministerio de Salud, ésta parece haber introducido una diferenciación en el campo de la atención por uso de drogas, entre aquellas que estaban *controladas*, *certificadas* por los organismos gubernamentales y aquellas que no, y en las que los usuarios de drogas estarían más expuestos

a que no se respetaran sus derechos. En este sentido, en 2009, para FONGA, formar parte de las instituciones certificadas por la SE.DRO.NAR. era un elemento de prueba de la validez de sus tratamientos:

> "Los temas relacionados con la calidad y la efectividad de nuestros programas son centrales en las tareas que hoy desarrolla FONGA. En efecto, las instituciones Federadas hemos dejado atrás hace mucho tiempo el voluntarismo que caracterizó nuestros orígenes. Este se ha transformado en una voluntad permanente de crecimiento, formación de recursos, investigación y docencia. Todas las instituciones cuentan con equipos interdisciplinarios, constituidos por médicos, psicólogos, psiquiatras, psicólogos sociales, sociólogos, trabajadores sociales, docentes, operadores socioterapéuticos, enfermeros. Han sido habilitadas por las autoridades sanitarias correspondientes y reciben auditorias mensuales de diversos organismos del Estado" (FONGA, 2009).

Como se puede advertir, tanto Gregori como FONGA describen los inicios del programa asistencial como un momento en el que se trabajaba *"voluntariamente*" o "*como podíamos"*. En ambos casos se señaló la importancia del pasaje del momento de voluntarismo a una mayor tecnificación de la asistencia mediante la incorporación de profesionales de distintas disciplinas. Por parte de la SE.DRO.NAR., este proceso habría mejorado la capacidad institucional (descripta como escasa al inicio) para regular la atención de las CT. Por parte de FONGA, la incorporación de distintos profesionales era un elemento que certificaba la calidad de los tratamientos en las CT.

Por otra parte, en el discurso de los entrevistados podían identificarse algunas tensiones en la relación entre las CT y los equipos de admisión y auditoría de la SE.DRO.NAR., sobre todo en torno a la duración de los tratamientos y al cumplimiento de las normas de atención.

6.5.3 Discusiones en torno a la duración del tratamiento

En el modelo del Proggetto Uomo, el pasaje de una a otra fase se definía por el grado en que cada residente había logrado alcanzar los objetivos de cada etapa, aunque se suponía que el tratamiento duraba aproximadamente entre dos y tres años (De Dominicis, 1990). Pero de acuerdo al relato de algunos entrevistados, las primeras CT basadas en el modelo en Argen-

tina, definieron el tiempo de tratamiento en dos años, independientemente de los avances de los residentes en el cumplimiento de los objetivos del programa asistencial:

> *A mi me resultaba loco ver que por ahí entraba un abogado, un ingeniero, un delincuente, un chico de la calle. Entraban hoy y a los dos años se iban todos de alta. Y todos hicieron el mismo tratamiento. Es una locura. ¿Por qué? Porque hay capacidades diferentes. No quiere decir que uno sea mejor, otros peor. Pero seguramente hay capacidades diferentes con las que vos tenés que trabajar de distinta manera. Y los tiempos en algunos se acortan y en otros se alargan (operador socioterapéutico, CT, 47 años).*

En un modelo pensado para desarrollarse en dos años, la regulación del tiempo de tratamiento a la mitad[88] podía implicar que la etapa de reinserción se efectuara en otras modalidades de atención (tratamiento ambulatorio, hospital de día) o bien que algunas personas fueran dadas de alta sin haber logrado los objetivos propuestos para cada etapa. A pesar de estos problemas que podrían suscitarse en las CT, los auditores entrevistados estaban de acuerdo con el plazo de tratamiento impuesto por la regulación, en base a distintos argumentos:

> *-Me parece que (las CT) tienen que hacer una etapa de revisión de los genuinos resultados de esa oferta de tratamiento. Porque después, para los pacientes, volver a sus ámbitos de desenvolvimiento habitual fue muy difícil. Porque no encontraron ya ni la misma pertenencia, ni la misma familia, ni el mismo trabajo, ni el mismo lugar. Digo, pensando en comunidades que mantenían internados a los pacientes, dos y más años...Y bueno por ahí eso es mucho tiempo, y empezó a verse más un proceso de aislamiento que un proceso de reinserción, no? Eso parece que ha entrado en una evaluación crítica en los últimos años (auditora en obra social, 46 años).*
>
> *-La cobertura es por un año, y hay comunidades que ven como plazo de internación dos años. O sea que por ahí un año se lo bancan ellos, aunque no en todos los casos.*
>
> *(Entrevistadora): - ¿Por qué se definió ese plazo?*

---

[88] El Programa Terapéutico Básico (Resolución Conjunta 362/97 M.S.A.S. - 154/97 SE.DRO.NAR.) estableció que la cobertura de tratamientos en programas residenciales o de internación sería de 3 a 6 meses, pudiendo renovarse por otros seis (en caso de co-morbilidad psiquiátrica, se podía renovar semestralmente hasta llegar a los 24 meses).

- Como que es suficiente para una internación, hay mucha demanda y tampoco tenemos tantos lugares como para derivar. Si hay alguna cosa especial se prorroga, pero se está tratando de que no. Al contrario, se está tratando de que se acorten los tratamientos no que se alarguen.

(Entrevistadora): -¿Por qué?

- En otros países los criterios de internación son más cortos. El paciente tiene que ir trabajando la reinserción desde antes. Muchas comunidades por ahí trabajan la reinserción el último mes, y por ahí no está preparado para ese día. Son varios criterios (auditora en SE.DRO.NAR., 60 años).

En base a un criterio económico, los auditores sostenían que en una época signada por la crisis fiscal, el presupuesto destinado a la atención por uso de drogas era limitado, de modo que ampliar la duración del tratamiento podía significar restringir la cobertura. Desde un punto de vista terapéutico, explicaron que la CT ofrecía un entorno controlado, con reglas estrictas que normalizaban el comportamiento de cada uno de los residentes, que posibilitaban sostener la abstinencia, pero este espacio era muy diferente del contexto de vida de los sujetos. Para ellos, la fase de reinserción se transformaba en un momento crítico, que no sólo consistía en sostener la abstinencia sino también en modificar las formas en que se enfrentaban los problemas y se construían las relaciones sociales (Galante y otros, 2010). Para los auditores (y para otros especialistas entrevistados) reducir el plazo de internación significaba atenuar los problemas de la reinserción y los efectos negativos de la institucionalización prolongada sobre las capacidades de los sujetos para enfrentar los problemas de la vida diaria.

El establecimiento de un plazo rígido de tratamiento era criticado por los OST ya que para egresar de las comunidades, los usuarios tenían que lograr un *cambio de vida*, es decir, atravesar por un proceso que adquiría características singulares, de acuerdo a la historia de cada sujeto, sus motivaciones para lograr la abstinencia y la capacidad de las familias para brindarle cuidado.

-Estoy disconforme con el tiempo, debo reconocer que la gran mayoría de los tratamientos requieren de mucho tiempo. A veces las entidades que derivan al paciente no pueden contemplar eso. Yo no puedo decir que no quieran, si no que el presupuesto

no les da. Y…. nosotros no podemos bancar tampoco más tiempo a las personas. No mucho más tiempo. Pero los tiempos tienen que ver con qué clase de trabajo necesita el paciente una vez que se confecciona el diagnóstico. Si es más tiempo, se puede extender pero después no hay nada que hacer. Claro que el tiempo de internación puede ser menos, pero el tratamiento generalmente dura tres años. Ese es el tiempo más o menos: no menos de dos ni más de tres (operador socioterapéutico, 32 años).

Los entrevistados coincidían en señalar que en algunos casos, la financiación del tratamiento podía extenderse por unos meses, pero estas excepciones a veces tampoco lograban cubrir el tiempo necesario para lograr la recuperación de los usuarios, de acuerdo a los criterios de los OST. A veces las CT atendían a los usuarios en forma gratuita, aunque no era una práctica frecuente, debido al costo del tratamiento. Sin embargo, mostraba la tensión en las comunidades entre ofrecer un tratamiento flexible, adecuado a las necesidades de los usuarios y los requerimientos de los financiadores, que tendían a normatizar el proceso de atención.

6.5.4 Discusiones en relación a las normas de las CT

Entre los entrevistados, la norma de las CT que generaba más controversias era la de la abstinencia sexual. En uno de los grupos de discusión, los especialistas que trabajaban en las áreas de admisión y auditoría de la SE.DRO.NAR. y de las obras sociales, explicaban que las sanciones en las CTs incluían la expulsión de los residentes:

B: con el tema de la sexualidad, son bastante... complicados... Hemos tenido chicos con mucho tiempo de tratamiento que por un chiste sexual que hicieron, los expulsaron.

C: Claro.

B: El chico vino diciendo: "bueno, qué hago? Empiezo un tratamiento ambulatorio? Pero fue un chiste! Fue una cosa después, muy, muy hablada con el equipo técnico porque como no estamos diciendo que tocó una compañera,

C: No, no, no…

A: Claro.

C: Que a veces en un adolescente, la transgresión a una regla es esperable…

B: Si, era una regla leve pero… Bueno, tuvimos reuniones con ellos y bueno ellos tienen su modalidad de trabajo y es esa (psicólogos, en áreas de admisión y auditoría, en Grupo de discusión 1).

El diálogo entre los participantes del grupo de discusión indicaba que el cumplimiento estricto de las normas en las CT podía entrar en conflicto con el derecho de los usuarios al tratamiento y permitía inferir que la capacidad de los equipos técnicos para imponer sus criterios en estos casos, era limitada. Pero también señalaba una tendencia a homogeneizar las diferencias entre las comunidades terapéuticas, que tenían posiciones diferentes en relación al cumplimiento de la norma.

La tercer norma es NO SEXO, no se permiten relaciones sexuales ni eróticas, ni seductoras, ni nada que se le parezca, con miembros de la comunidad, pacientes, familiares y equipos tratantes de la institución (psicólogo, 40 años, CT basada en el modelo DAYTOP).

Que no tenga relaciones sexuales dentro del tratamiento en la CT. Si las quiere tener fuera, fuera del tratamiento, en su vida, sí, las tiene que tener. Es importantísimo para cualquier persona tener relaciones sexuales. Dentro del tratamiento obtura un montón (operador socioterapéutico, 32 años, CT basada en el Proggeto Uomo).

Mientras que los entrevistados que trabajan en CT basadas en el modelo Daytop explicaron que el incumplimiento de las reglas podía dar lugar a la expulsión, en el Proggeto Uomo la transgresión de las normas *no a la violencia* y *no a las drogas* podía significar el reinicio del tratamiento. En el caso de la abstinencia sexual, se trataba de una recomendación, destinada a que el residente pudiera "concentrarse en su crecimiento personal" ya que "sus fuerzas deben ordenarse en función de dicha misión" (González y otros, 1990:83).

Capítulo 7 Los cambios en el proceso de admisión a las CT

Cuando las CT se incluyeron en el sistema de salud, se generaron tensiones con los distintos organismos encargados del diagnóstico y derivación de los usuarios (CADs, centros de desintoxicación, equipos judiciales), que se resolvieron de forma particular en cada una de ellas. Por otra parte, al ampliarse el acceso de los usuarios de drogas a las CT, sus equipos tomaron contacto con sujetos que atravesaban distintas situaciones de padecimiento en contextos diferentes a los habituales, que cuestionaron la validez de sus saberes y de sus prácticas para atender la diversidad de problemas que presentaban.

7.1 La admisión en el Proggetto Uomo: un cambio de vida

La admisión, en el Proggeto Uomo, se proponía *recibir* a los usuarios, en un sentido muy amplio. Implicaba generar un espacio de escucha, de revisión de la propia historia, de los motivos para haber consumido drogas y para dejar de hacerlo. Debía planificarse cuidadosamente. Por ejemplo, se recomendaba que el espacio físico fuera confortable, luminoso, libre de rejas o portones, para facilitar el clima de libertad en la elección de cambiar de vida. Podía incluir la participación en distintos grupos (orientación, grupo intermedio, pre-comunidad), en los que se podía ir acompañado por un familiar. En los grupos, los usuarios se iban incluyendo gradualmente en la vida de la comunidad (a través del desarrollo de actividades lúdicas y domésticas) y adquirían hábitos saludables (aseo personal, comida regular, etc.). Era importante aprender a expresar sentimientos, a confrontar y a respetar las reglas y la jerarquía de roles de la CT. El pasaje a la siguiente fase, la comunidad terapéutica, se efectuaba cuando el usuario tomaba la decisión de cambiar de vida (Bessone y otros, 1990). La idea de la conversión del *hombre viejo* al *hombre nuevo*, tenía una profunda raigambre religiosa, y no era ajena a los operadores que habían formado parte de las comunidades de vida, en las que la recuperación era consecuencia de una profunda experiencia espiritual (Novelli, s/año). Otra línea de continuidad entre las comunidades de vida y las CTs consistía en la actitud amigable de los especialistas hacia los usuarios:

> *-Era realmente una época donde el adicto era marginal por ser adicto, no era un adicto marginal. Era marginado porque llevaba en sí una subcultura que tenía que ver con todo, desde la forma de vestir, hasta la forma de caminar, hasta la forma de tener el*

pelo, o la música…Entonces estas comunidades acogieron a los muchachos sin ningún tipo de reserva, ni de enjuiciamientos. Y la corriente afectiva que se generaba, lograba una…cierta contención. A través de lo confesional aparecía una solución mágica que se presentaba a través de la fe y se generaba un ámbito de a veces, cierta abstinencia y…de cierta pertenencia (González, R., Clase Curso Aciar - El Reparo, 6/08/2008).

Para Gónzalez, el modo que las comunidades de vida se acercaban a los usuarios de drogas, los invitaba a quedarse en ellas. El contacto de los usuarios con las comunidades se efectuaba a partir de contactos informales, basados en las redes comunitarias y personales en las que estaban insertos los especialistas y los usuarios. Según los entrevistados, con la inclusión de las CT en el sistema de salud, a estas vías informales de acceso a las CT, se sumaron procedimientos más formales, propios de las estructuras burocráticas de las obras sociales y las empresas de medicina prepaga:

(pregunta: - ¿Cómo llegan los usuarios?)- Por las obras sociales. Derivados por conocimiento de algún familiar, algún vecino que nos conoce. Algún chico que ya estuvo acá en tratamiento. Por las prepagas o por la SE.DRO.NAR. Aparte es una institución que hace muchos años que está, nos conocen todos (operador socioterapéutico, 47 años).

Era frecuente que los entrevistados mencionaran que los usuarios de drogas *elegían* a la CT, por recomendación de otras personas (vecinos, familiares, amigos) o por el prestigio de la institución.

- (pregunta ¿Ustedes dependen de alguna instancia superior?) -*No. Ah! El convenio de la SE.DRO.NAR., puedo decirte. En dos años noventa personas pasaron por acá. Todos conocidos. Nunca pego calcomanías, nada. A veces se anotaban diez, cuarenta, cien. Acá tenés todas las camadas, y todas funcionan. Si vienen es por algo. Y eso tiene que ver con la calidez de lo que uno da* (operador socioterapéutico, 40 años).

Si bien los centros de diagnóstico y derivación de los organismos gubernamentales y de las obras sociales y prepagas parecían haber burocratizado el ingreso a las CT, la mayoría de los entrevistados señalaba que las redes informales continuaban orientando el proceso de in-

greso a las CT, al menos, cuando los usuarios de drogas tenían la posibilidad de optar entre varias instituciones.

En sus inicios, la admisión era conducida por los OST quienes evaluaban el grado de compromiso del sujeto con su propio proceso de atención y con la recuperación de los otros miembros de la comunidad. Como la fase de admisión se efectuaba de forma ambulatoria y en abstinencia de drogas, al ingresar a la segunda fase del programa, los usuarios llevaban varios meses sin consumir drogas de modo que la evaluación no se centraba en sus posibilidades de *dejarlas* sino de *cambiar de vida* (Bessone y otros, 1990). Rubén Gónzalez recordó lo difícil que podía ser, para los usuarios, demostrar que deseaban ingresar a la comunidad:

> *"En las comunidades antiguas, les digo antiguas, las nuestras hace muchos años, los chicos tenían que hacer mucho esfuerzo por entrar. Se iban a la admisión, y pasaban un mes en admisión y pedían:- Por favor, me quiero internar.* (Les decíamos*): - Bueno, ahora vamos a ver si es tan fuerte tu demanda: nos tenés que convencer a todos que querés ingresar a la comunidad terapéutica." (González, R., Clase III Curso de Actualización Aciar - El Reparo, 6/8/2008).*

El Programa Terapéutico Básico para el tratamiento de la Drogadicción estableció otros criterios para la derivación a las CT, ligados al diagnóstico de la situación de los usuarios de drogas como *crítica*: alto grado de compromiso del sujeto con la sustancia, dificultades de contención de las familias y el fracaso de tratamientos efectuados en otros dispositivos[89]. Asimismo, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga evaluaban las condiciones de afiliación de los usuarios de drogas, mientras que los organismos estatales, como la SE.DRO.NAR, financiaban los tratamientos de personas sin cobertura de salud. La intervención de los tribunales penales, en la aplicación de la medida de seguridad curativa de la ley penal 23.737, y civiles en relación a la medida de protección de persona, del Art. 482 del Código Civil, complejizaba el ingreso a las CTs, ya que muchas veces, tenían criterios distintos para evaluar la situación de los usuarios y la pertinencia del dispositivo para darle respuesta.

[89] Ver Gráfico 1.

7.2 Las tensiones entre equipos terapéuticos y jurídicos

7.2.1 Las tensiones en los centros de admisión

Los entrevistados que trabajaban en admisión consideraban que los centros de admisión y diagnóstico podían constituir espacios terapéuticos en sí mismos, que podían facilitar que los usuarios reflexionaran sobre sus prácticas de consumo y sus posibilidades de iniciar y sostener tratamientos:

> *A: A veces nos pasa que nos encontramos con un chico que fue evaluado en la misma comunidad en la que entró y duró tres minutos, digamos. Vuelve y dice: "en realidad, sí, en la calle consumo mucho". Eso esta bueno porque vos ahí retomás…*
> *B: Claro, fijate qué loco.*
> *A: Y vuelve a consultar.*
> *C: Claro.*
> *A: Vuelve desde otro lugar, vuelve porque alguien, y una ficha le cayó, y en la familia le dijeron "mirá, si no vas…" y entonces se dio toda la vuelta, ¿no? podemos rastrear cuál es el recorrido, tratamos de re…ver todo el recorrido institucional, y re trabajarlo en las entrevistas, sino empezás de cero (…). Y a veces es el mismo recorrido de muchas formas, ya conocen cómo son las comunidades, vienen circulando por varias.*
> *D: Es por agregación y por cansancio, en un momento el click se produce y en algún tratamiento…*
> *B: se quedó*
> *D: se quedó*
> *A: Claro. (psicólogos, admisores en centros de admisión y derivación,* en *G*rupo de discusión 2).

La concepción de la admisión como espacio de escucha y reflexión, presente en el modelo del Proggetto Uomo, parecía contradictoria con la demanda de los familiares de los usuarios de drogas y de los equipos de los tribunales, que según los entrevistados, consistían casi exclusivamente en la derivación *urgente* a un programa residencial o de internación:

> *Las personas llegan por propia voluntad, o traídos por algún familiar, o muchos son derivaciones judiciales. Con el tiempo* (este organismo) *se transformó en asistencial,*

porque se trabaja mucho con urgencias. Vienen muchos pacientes traídos por la policía, vienen muchos con ambulancia. Abajo que es dónde se reciben las urgencias es una constante demanda. Y cuando viene alguien derivado por un juez hay que resolverlo en el momento, a veces no hay cama, a veces no hay lugar porque están saturados (auditora en SE.DRO.NAR., 60 años).

(Todos opinan y dicen) -*Está consumiendo. Hay que internarlo ya. Pero a veces hay que pensar si necesariamente tiene que hacerse esto, u otro tipo de tratamiento. Hay muchas, digamos, trabas en pensar otra cosa, pero eso también me parece que tiene que ver con el paradigma que uno maneja respecto a las drogas. Por ejemplo hay que pensar que una persona puede hacer un tratamiento aunque mantenga algún tipo de consumo, si puede mantener alguna vida más o menos ordenada y dentro de lo que llamamos normalidad; o si pensamos que si consume drogas tiene que dejar de consumirlas ya, eso me parece que es un punto. Y en eso la mayoría de la gente, consumidores, funcionarios, familiares, todos ellos se manejan con paradigmas más cerrados del consumo* (admisor en SE.DRO.NAR., 35 años, en grupo de discusión 2).

Para los entrevistados, el poder de la justicia para definir la situación de los usuarios de drogas parecía limitar la tarea de los admisores a la derivación, ya que el diagnóstico se había efectuado en los tribunales. La disputa entre los equipos de las instituciones del sistema judicial y del sistema de salud por el poder de categorizar la situación de los usuarios y establecer el tratamiento más adecuado parecía expresarse en una discusión en torno al *tiempo* que debería llevar la admisión en los centros de diagnóstico (ya que para evaluar la situación del usuario se requiere un tiempo mayor que para efectuar una derivación). Para los admisores, *la falta de tiempo*, era una característica de su trabajo, que se configuraba en torno a la *urgencia.*

Por otra parte, la demanda de internación por parte de los tribunales era interpretado por los admisores como expresión de la homogeneidad en la respuesta del sistema judicial hacia los usuarios de drogas, que resultaba contradictoria con su concepción flexible del diagnóstico y del recorrido de los usuarios en su relación con el sistema de salud. Aunque también puede pensarse, como señala uno de los entrevistados, que la demanda de internación como única respuesta posible hacia el consumo de drogas respondía a la hegemonía del para-

digma prohibicionista y del modelo asilar, mientras que la posibilidad de brindar respuestas diferenciales de acuerdo a la singularidad de cada situación respondía a la emergencia de un paradigma alternativo, que atendía a la complejidad de los problemas que demandaban asistencia (Galante, 2010) [90].

7.2.2 Las tensiones en las CT

Para varios OST, la intervención judicial era necesaria para garantizar la vida y el acceso de los usuarios de drogas a la atención sanitaria, sobre todo en situaciones de extrema gravedad:

> *-Tenemos muchos chicos que si un tribunal no lo hubiese internado los hubieran matado. O son portadores de HIV y no recibirían jamás ningún tipo de atención médica con lo cual se morirían, contagiarían un montón de gente, etc, etc, etc.* (operador socioterapéutico, 40 años).

Para estos OST, la intervención judicial había posibilitado un *cambio de vida* entre los usuarios:

> (entendimos que teníamos que)-…*empezar a redefinir un montón de cosas en esa persona que simplemente vino porque lo trajeron a patadas o porque tuvo una sobredosis o porque estuvo en cana o no sé que…Y de repente uno aparece con esta propuesta desde la comunidad terapéutica. Una propuesta de cambio absoluto. Seguramente hay cosas que si no se cambian no se va poder avanzar hacia lo que sería una mejor vida pero también es cierto que puede haber muchas intervenciones, de muchas gentes y muchas instituciones…que no son patrimonio nuestro, es el proceso de una persona…Y de repente de todas estas instancias se pudo construir una realidad posible para esa persona, que no será el mejor residente de comunidad terapéutica ni el más ilustre de los miembros de la Iglesia, pero que de todo eso armó algo posible*

---

[90] En 2010, la sanción de la ley 26.657 de Salud Mental deslegitimó la asociación intrínseca entre padecimientos mentales e internación, al establecer, en su Art. 20 que "la internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros".

que lo mantuvo vivo (operador socioterapéutico, 48 años, en grupo de discusión Nº 2).

Para los OST, en muchos casos, la intervención judicial había garantizado el acceso de los usuarios a la atención de su salud, ofreciéndoles un entorno adecuado para considerar la posibilidad de dejar las drogas. Pero aceptar el ingreso de personas por vía judicial significaba comprometerse a custodiarlas. Como esta situación era contradictoria con el modelo de *puertas abiertas* del Proggetto Uomo, muchas comunidades decidieron no admitir a quienes fueran derivados por los tribunales penales o civiles (Gregori, 2005). Pero las comunidades que habían decidido admitir a personas derivadas por orden judicial tuvieron que afrontar la posibilidad de que el usuario de drogas no hubiera tomado la decisión de iniciar un tratamiento:

El Proyecto UOMO era un modelo terapéutico que venía de Italia, lo usaban con los consumidores de heroína y se intentó de implementar acá en la Argentina (…) A medida que pasaba el tiempo, se fue modificando aún más porque han entrado muchos menores. La droga, viste, se consume desde más chicos o se consumen porquerías, toman la pasta base, las drogas sintéticas… Entró gente que por ahí no quiere tratamiento, que son obligados por jueces, o que son obligados por la familia declarándolos insanos, y bueno, así estamos. Pero en realidad son pocos, los que realmente tocan fondo y dicen: yo no quiero más esto. Y por eso también hay tantas recaídas (operadora socioterapéutica, 42 años).

De un tiempo a esta parte, hará 5 años, la internación empieza a estar filtrada por la justicia, por los organismos del Estado, por las obras sociales y demás. Entonces la admisión pasa a ser residencial. Y un chico te lo traen y te lo dejan. Nosotros a eso le llamamos etapa educativa. Básicamente por qué, porque los chicos que recibimos nosotros tienen que aprender, a hablar, a bañarse, a quedarse 45 minutos sentados en una mesa y no agarrarse a los cachetazos con su compañero, a comer 4 comidas diarias (…). Cuando los chicos manejan ya ciertos códigos sociales, ciertas habilidades para estar con los otros...ellos pueden pedir la evaluación, se hace una asamblea, se evalúa al chico y si estamos todos de acuerdo, pasa a la Fase A, la etapa terapéutica (operador socioterapéutico, 40 años).

De acuerdo a estos relatos, el ingreso a la CT había dejado de constituir un proceso gradual. Podía efectuarse luego de una primera entrevista, en la que el usuario tomaba contacto con la comunidad. Por consiguiente, el proceso de tomar la decisión *de cambiar de vida* se efectuaba en forma residencial.

En los primeros días de la admisión, se evaluaba el estado de salud del usuario, el tipo de vínculo que mantenía con sus familiares y su capacidad de integración con otros residentes. En las CT que habían decidido admitir a niños, niñas y adolescentes que vivían en situación de extrema pobreza, en la fase llamada *de admisión* cobraba importancia el aprendizaje de hábitos cotidianos. El cambio parecía ser tan importante, que el entrevistado relataba que se la fase había cambiado de nombre: *etapa educativa*. Pero de todos modos, los OST explicaban que los usuarios mayores de edad podían negarse a continuar el tratamiento en las CT. Como puede advertirse, esta posibilidad era contradictoria con el modelo custodial demandado por los tribunales. Por consiguiente, la relación entre ellos y las CT se volvía conflictiva cuando los jueces ordenaban la internación de personas, que de acuerdo a los OST, no podían efectuar un tratamiento en una institución *de puertas abiertas*[91].

> *-A partir de las últimas experiencias que hemos tenido, no vamos a aceptar menores por causa judicial. Porque los juzgados tienen un doble discurso. El juzgado recibe a la persona, y pareciera que se quiere preocupar por el bien de esa persona, pero ¿qué pasa? Te lo depositan en las instituciones (…) Cuando vos al juzgado le comunicás que esta persona no es para una comunidad terapéutica, primero que se hacen los tontos, segundo te dicen: "Bueno, ¿y a que institución lo derivamos? Entonces, es complicado. Además, por ejemplo, el otro día teníamos a uno judicializado y se escapó. Y si le llega a pasar algo? Nosotros lo venimos diciendo, pero: ¿qué pasa? El juzgado le manda la orden a la obra social, era feriado y no hicieron nada. Y nos dicen: téngalo ustedes, si a los primeros que llegó fue ustedes, entonces sí o sí lo tienen que cuidar.*

[91] En el caso de las CT de puertas abiertas, algunas de estas condiciones referían a aceptar el tratamiento (y las reglas de las CT) y poder participar de actividades grupales (condición que podía excluir a personas con diagnósticos psiquiátricos asociados a dificultades para integrarse los grupos). Este tema fue tratado en: Pawlowicz, M.P.; Galante, A.; Goltzman, P.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Touzé, G.: "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos". En: Blanck, E. (coord.): *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la ley nacional nº 26.657.* Eudeba, Ministerio Público Tutelar de la CABA, Buenos Aires, 2011. Disponible en : http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf

Pero nosotros explicamos que las comunidades son abiertas. Entra un perro, sale un perro algún día, ¿y si se escapa una persona? (operadora socioterapéutica, CT, 42 años).

Los OST relataban que era frecuente que evaluaran que era necesario derivar a los usuarios de drogas después de varios días de internación, cuando la situación se había dado por *resuelta* tanto en los tribunales como en las obras sociales. Para los OST, reorientar el proceso de atención de los usuarios internados por orden judicial era muy difícil. Esta situación resultó coincidente con un estudio del Centro de Estudios Legales y Sociales y de Mental Disability Rights International (CELS y MDRI, 2008) que mostró que el sistema judicial tenía serias dificultades para supervisar y monitorear las condiciones de atención de las personas internadas en instituciones de salud mental, lo que afectaba las posibilidades de protección de sus derechos humanos[92].

7.3 Los cambios en la composición de la población atendida por las CT: la definición de criterios de ingreso

De acuerdo al relato de los entrevistados, en sus inicios, las CT atendían a usuarios de drogas que tenían aproximadamente la misma edad y pertenencia social de los operadores terapéuticos. Pero al constituirse en prestadoras de distintos programas de asistencia, las características de la población que demandaba atención en las CT se modificó. Las principales diferencias se relacionaban con diferenciales de clase en el acceso a la cobertura de salud.

En nosotros modificó el estrato social a partir de la inclusión en el sistema de salud. Cuando teníamos población de SE.DRO.NAR. o de la Secretaria de Provincia de Adicciones, generalmente eran de clase baja, baja. Después dejamos de tener el convenio con SE.DRO.NAR. durante un año. (…) La población que recibíamos al ser una institución privada eran personas que tenían obra social o privados. Entonces, ahí es como que ya empezó a cambiar el estrato social a clase media, clase media. Media alta, media baja. Más o menos así (operador socioterapéutico, 35 años).

---

[92] Teniendo en cuenta estas dificultades, el texto de la Ley 26. 657 de Salud Mental, en 2010, creó el Órgano de Revisión en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental (Art. 38). Entre sus funciones se cuentan las de evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos y que las internaciones involuntarias no se prolonguen más allá de lo necesario (Art. 39).

Para los entrevistados, el tipo de inserción en el sistema de salud de cada comunidad terapéutica definía el tipo de población que atendían. Los cambios más significativos en las CT se relacionaban con la atención de personas de bajos ingresos, a través de los programas de asistencia estatal:

> *-Yo les cuento algo que tiene que ver con lo cultural, que es algo muy sencillo pero contundente. En los ´80, la música de las comunidades terapéuticas era solamente rock. No había otra cosa, en una comunidad, en los cassettes que llevaban los chicos en los bolsos, no había otra cosa que no fuera rock, sea internacional, nacional. De los '90 para acá, ya casi no queda rock, en los cassettes (rie). En los '90, se masificó el consumo y apareció toda otra cuestión cultural, que viene de la mano de otra constitución, desde todo punto de vista, desde lo familiar, lo social, lo histórico. De muchas cosas que nos han obligado a modificar mucho nuestras respuestas (González, R., Clase III Curso de Actualización Aciar - El Reparo, 6/8/2008).*

La incorporación de usuarios de drogas de bajos ingresos a la CT se efectúo en un período histórico signado por fuerte caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza[93]. Esta situación económica y social podría relacionarse con distintos cambios en los patrones de uso de drogas que incrementaron la exclusión, morbilidad y mortalidad de los consumidores (Epele y Pecheny, 2007). Entre la población urbana pobre del Gran Buenos Aires cambió el tipo de drogas de consumo más frecuente: "aumentó el uso de pasta base de cocaína (PBC) y de medicamentos no prescriptos, especialmente entre los más jóvenes. Estas sustancias, el tabaco y el cannabis, usadas simultánea o sucesivamente con cerveza o vino", eran las más consumidas en las zonas pobres del Gran Buenos Aires a fines de la década de 2000 (Rossi, 2009:27).

En principio, puede inferirse que estos cambios en la población atendida por las CT podrían haber generado problemas de comunicación y una mayor profundización de la distancia cultural entre usuarios de drogas y operadores terapéuticos, lo que podría traer serios inconvenientes en un modelo basado en la identificación entre ambos. Pero los cambios en la pobla-

[93] Según el INDEC, el índice de pobreza para la población del Gran Buenos Aires, que en mayo de 1993 era del 17,7%, alcanzó el 51,7% en mayo de 2003 y llegó al 29,4% en mayo de 2006 (INDEC, 2008). En cuanto a la tasa de desocupación en el Gran Buenos Aires, para mayo de 1993, era del 10,6% y llegaba al 16,4% diez años después, en mayo de 2003 (INDEC, 2008).

ción atendida no sólo se relacionaban con la pobreza, también referían a la atención de la admisión de niños y adolescentes, que en general, se describían como consumidores de pasta base de cocaína (PBC) y de personas que presentaban otro diagnóstico psiquiátrico (llamadas *pacientes duales*).

7.3.1 El debate sobre la pertinencia de la CT para la atención de niños, niñas y adolescentes[94]

Luego de la crisis de 2001, los discursos sociales sobre la pasta base de cocaína (PBC), llamada popularmente *paco* sobreabundaron y tuvieron fuerte presencia mediática. Se constituyó en un tema de agenda política, frecuentemente asociado a los problemas de inseguridad ciudadana y al delito, justificando el pedido de la baja de la edad de imputabilidad penal (Parajúa y otros, 2010). En el discurso mediático, el pedido de asistencia sanitaria (que mostró a familiares de adolescentes que usaban pasta base pidiendo ayuda al Estado[95]) se centró en la ampliación de la oferta de las instituciones de encierro. Se argumentó la necesidad de internar compulsivamente a los adolescentes que consumían sustancias ilegales para protegerlos de *la droga*[96] y de su medio social, que se presentó como nocivo, porque sus amigos los incitarían a seguir consumiendo y sus familias serían incapaces de contenerlos (Galante, 2010). De acuerdo con el relato de los entrevistados, estos argumentos también eran sostenidos por las familias y los equipos de los juzgados para solicitar la internación urgente de los niños, niñas y adolescentes que usaban drogas:

> *E: A mí me parece que [...] la diferencia, me parece que lo que la pasta base puso en evidencia es un poco el manejo del tiempo*

---

[94] Este punto retoma el artículo: "El trabajo social ante los cambios de paradigmas en la atención de los niños, niñas y adolescentes que usan drogas", que fue publicado en el libro *20 años del Consejo en 200 años/200 años en 10 artículos*, compilado por Liliana Murdocca y editado por el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social en 2010. El artículo se basó en el trabajo presentado para la aprobación de la materia "Problemas con niños y adolescentes", a cargo del Dr. Efrón.

[95] Es importante tener en cuenta que posiblemente, el pedido de internación compulsiva de los familiares de los adolescentes que usan drogas se vincule con dificultades de la población vulnerable al acceso al sistema sanitario, así como a las dificultades de los servicios ambulatorios para brindar tratamientos adecuados (Rossi y otros, 2007).

[96] El uso de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno complejo que adquiere distintos significados según el momento histórico, la cultura, el modelo económico, la situación particular de un país, los sentidos que le otorgan los sujetos y las diferencias entre las sustancias. Sin embargo, se insiste en homogeneizar el problema de las drogas y presentarlo como un fenómeno uniforme, universal y ahistórico. Por otra parte, el discurso prohibicionista sobre la peligrosidad *en sí* de las sustancias ilegales brinda entidad simbólica a *la droga* que *atrapa* a los usuarios, soslayando el significado que el consumo adquiere para ellos, y las condiciones del contexto de uso (Touzé, 1996:30).

A y B: Si...

C: Un nuevo manejo del tiempo en el consumo, y que consecuentemente nos pone a nosotros en un nuevo manejo del tiempo cuando vos hablabas de la urgencia.

D: Si pero… me parece que nos tomó la pasta base en todo esto, ¿Qué quiero decir? Que si uno se guía por el tema de lo que introduce la pasta base hay que mandarlos ya a un lugar cerrado (psicólogos y psiquiatras en admisión y auditoria, en Grupo de discusión 1).

Como problema sanitario, la irrupción del consumo problemático de PBC entre los niños, niñas y adolescentes, interpeló a los especialistas de distintos dispositivos de atención por uso de drogas. Los entrevistados sostenían que la PBC producía un mayor deterioro físico que otras sustancias psicoactivas en menor tiempo, de manera que sentían que la intervención debía ser urgente. De acuerdo al discurso de los entrevistados, esta urgencia se transformaba en una situación de *desborde* institucional y profesional porque los consumidores de PBC que habían atendido eran niños o adolescentes que estaban desvinculados de sus redes familiares y comunitarias y los servicios de asistencia no estaban preparados para atender este tipo de situaciones (Parajúa y otros, 2010).

Para Rubén Gonzalez la atención de los niños y adolescentes era un problema que cuestionaba el modelo de atención de las comunidades terapéuticas:

-Hoy hay otra realidad… y que a mí me preocupa bastante… que es el menor consumidor antisocial, digamos… y lo que se espera de nosotros ante esa gran problemática. Porque hay como una especie de demanda muy fuerte de los estamentos oficiales, judiciales y hasta de las mismas organizaciones sociales como las Madres del Paco…de que nosotros nos transformemos casi en cárceles privadas. Hoy por hoy llueve esto: Tenemos un muchacho, no queremos que se vaya, porque está muy mal… y entonces sale a robar y se va a matar. Pero las comunidades terapéuticas son abiertas. O sea nadie está contra su voluntad, cada uno elige todos los días seguir adelante con su tratamiento. Por supuesto, nosotros tenemos mecanismos de contención, de motivación. A nadie a la primera que dice: "me quiero ir" se le abre la puerta (…) La cosa es cuando realmente, alguien no quiere estar, pero no quiere estar de ninguna manera y está buscando la forma de que alguien deje algo abierto para salir y volar. Enton-

ces ahí es donde se nos queman los papeles. Y yo digo…¿cuál va a hacer nuestra respuesta ante eso? Lo tenemos que ir definiendo nosotros. Yo creo que da para un debate importante, como organizaciones, con el Estado, como sociedad misma, sobre el rol que vamos a cumplir. Debemos ver en que nos vamos a equivocar según el rol que asumamos (González, R., Clase III Curso de Actualización Aciar - El Reparo, 6/8/2008).

En esta nueva demanda hacia las comunidades terapéuticas podía identificarse una línea de continuidad discursiva con la concepción de la *minoridad en riesgo* que fundamentó el complejo tutelar en la atención de la niñez. En Argentina, la Ley 10.903 (promulgada en 1.919 y conocida como Ley de Patronato), facultó a los jueces de menores a disponer la internación de los niños y niñas en situación irregular o de riesgo en instituciones estatales, de beneficencia o filantrópicas. El riesgo tenía dos aspectos: la *infancia en peligro* (por la falta de cuidado de sus familias) o *peligrosa,* es decir, los niños delincuentes. Las intervenciones sobre la niñez (educar, controlar, asistir, prevenir, tutelar) se legitimaron en torno a los límites entre la *infancia normal* protegida por la familia y la escuela y la *minoridad peligrosa*, objeto de las instituciones de tutela (Daroqui y Guemureman, 1999; Corea y Lewcowicz, 1999; Costa y Gagliano, 2000). En este sentido, Costa y Gagliano (2000:92) plantean que el problema de las drogas unifica el mundo del menor con el del niño y actualiza "una medicina más agresiva con la sustitución del contexto familiar por el institucional". Puede advertirse que el discurso sobre los adolescentes que usan drogas como incapaces de aprender pautas de cuidado y como potencialmente peligrosos tenía una doble dimensión: la de la *minoridad en riesgo* y la de la *adicción.*

Puede comprenderse que un modelo que tenía como uno de sus ejes la modificación del vínculo del sujeto con su familia y que definía un plazo para la terminación del tratamiento, el ingreso de niños/as y adolescentes que no contaban con redes familiares o cuyos lazos estaban seriamente deteriorados por distintas situaciones de padecimiento (se mencionaban abusos intrafamiliares, violencia doméstica, enfermedades crónicas, encarcelamiento, entre otras) planteaba muchos cuestionamientos. Por otra parte, la admisión de niños y adolescentes significaba, para las comunidades terapéuticas, la asunción de nuevos compromisos en torno al cuidado del residente, como el de evitar que abandonaran la institución. Para los entrevistados, asegurar la permanencia de los adolescentes en las CT entraba en contradic-

ción con el principio de no imposición del tratamiento, un elemento central del modelo del Proggetto Uomo y que diferenciaba a las CT de puertas abiertas de las instituciones de encierro. Como algunas CT aceptaron la admisión de niñas, niños y adolescentes, la respuesta asistencial hacia ellos no era unívoca:

> *-Nosotros no recibimos una población… marginal. Creo que esta comunidad, si bien hay pacientes que tienen rasgos marginales, algunos más marcados que otros, es muy difícil, este, que puedan entrar chicos marginales, porque trabajamos con pacientes que tengan mucha familia, que estén acompañados por una red de amigos, que no están solos en el mundo. (…) Que toda la comunidad se encuentre y ellos queden solos, es, es muy jodido. Aparte es una comunidad de puertas abiertas. Acá se queda el que quiere. Si no tiene ganas de hacer tratamiento, rápidamente nos damos cuenta y se va* (operador socioterapéutico, 32 años).

> *- Tenemos el desafío intelectual, el desafío práctico, el desafío político de entender cuáles son las formas de organización, de intervención con estos chicos y qué es lo terapéutico hoy. Creo que eso es también lo que hay que redefinir y no quedarnos en los libros. Como la comunidad es abierta trabajamos de alguna manera con la voluntad de los chicos, porque es cierto que el juez los encierra pero nosotros no los encerramos. El único trabajo nuestro es tratar de que ellos tomen la decisión de quedarse. Sino se van* (operador socioterapéutico, 40 años).

Así, mientras en algunas se CT se había decidido no admitir a niños, niñas y adolescentes, en otras, manteniendo el principio de *puertas abiertas* se planteaba la necesidad de modificar ciertas prácticas para poder darles respuesta. Entre esos cambios, se planteaba incluir a los/as niños/as y adolescentes en redes barriales y comunitarias, y fortalecer sus vínculos con los referentes adultos que pudieran acompañarlos en su proceso de reinserción. En este sentido, se planteaba la posibilidad de la inscripción de las CT entre las instituciones de atención de la infancia, desde un enfoque que promoviera sus derechos humanos (Chiosso, 2010).

7.3.2 La pertinencia de la CT para la atención de personas con "patología dual"

La pertinencia de las CT para la atención de personas con padecimientos mentales era otra situación que era objeto de debate entre los especialistas entrevistados. La admisión de estos usuarios de drogas requería la inclusión de un médico psiquiatra las veinticuatro horas en la institución, aceptar la posibilidad de que algunos residentes usaran sustancias psicoactivas bajo prescripción médica, tener la capacidad de responder a situaciones críticas no provocadas directamente por el consumo o por la abstinencia de drogas, y fundamentalmente, que los usuarios estuvieran bajo estricta supervisión médica durante un tiempo prolongado. Es posible comprender, entonces, por qué la mayoría de los entrevistados afirmaron que eran muy pocas las comunidades terapéuticas que atendían a *pacientes duales*, definiéndolas como *especializadas* en el tema.

Para los OST, la inclusión de psiquiatras en el proceso de admisión (tanto en los centros de admisión como en las comunidades) había permitido que se evaluara la salud mental de los usuarios de drogas *antes* del ingreso a las comunidades:

> *-Tenemos que ver qué fue primero, el huevo o la gallina. Si es un paciente con problemáticas psiquiátricas que consumió drogas para estabilizarse o un paciente que debido al consumo de drogas tuvo algunas consecuencias psiquiátricas. Pero hay situaciones psiquiátricas severas a las cuales uno tiene que correrse. Porque no es fácil trabajar…O sea, si no, uno peca de omnipotente. Pero no se trata de omnipotencia, creo que tiene que ver con las ganas de ayudar a todo el mundo. Pero muchas veces por querer ayudar y no tener conciencia de las limitaciones, hacemos daño. Entonces, cada paciente es evaluado. Todos tienen las mismas posibilidades de estar acá adentro. Pacientes que son duales, pacientes que no son duales, de adicciones, con HIV, sin HIV. No hay discriminación del paciente siempre y cuando veamos que estamos capacitados para brindarle algo* (operador socioterapéutico, 47 años).

> *-Y es que para mí hay que identificar cuál es la patología de base. Para mí hay que hacer un buen diagnóstico cuando la persona ingresa, que en muchas comunidades no se hace. Ahora entraste acá y por lo tanto son todos drogadictos, y… para mí hay*

que hacer el diagnóstico, porque no es lo mismo un psicótico, un trastorno de alimentación, un adicto al juego y un adicto a las drogas. Si vos no hacés un buen diagnóstico no vas a hacer un buen tratamiento con esa persona. Me parece que la base está en el diagnóstico (operadora socioterapéutica, 42 años).

Por este motivo, los entrevistados valoraban la competencia de los psiquiatras para efectuar el *diagnóstico diferencial* en la admisión y ocuparse del tratamiento farmacológico de las personas que lo requerían. Como lo expresan los entrevistados, mientras en algunas comunidades la patología dual era un criterio de exclusión, en otras la evaluación efectuada por los psiquiatras permitía decidir si las personas con este diagnóstico podían integrarse a la vida en las CTs que no contaban con guardia psiquiátrica permanente. En algunos casos, esta flexibilidad había llevado a aceptar que estos usuarios utilizaran psicofármacos durante el tratamiento residencial. Pero en la mayoría de los casos, la evaluación psiquiátrica permitía derivar a las personas que no podían sostener el tratamiento en las CTs, a comunidades terapéuticas de puertas cerradas o a los hospitales psiquiátricos.

7.3.3 La definición de los criterios de ingreso y la articulación interinstitucional

La definición de criterios de exclusión en las CT implicaba establecer canales de derivación a otras instituciones de atención por uso de drogas:

*- A las personas, con un cuadro psiquiátrico grave no las tomamos, ni a personas que hayan salido de recibir una condena, de muchos años y busquen esto para reinsertarse en la sociedad, generalmente no los tomamos porque ya hemos fracasado. Creo que hay un paso previo para insertarse en la sociedad que hay otras comunidades que lo manejan muy bien. Los derivamos a otras comunidades, a las clínicas psiquiátricas A veces el psiquiátrico es un paso para, que el paciente baje un poco y vuelva de nuevo a la comunidad. Derivamos a obras sociales, a la SE.DRO.NAR. (*operador socioterapéutico, 32 años).

La definición de criterios de admisión no sólo significaba reconocer las limitaciones del modelo de las CT, sino establecer su lugar en las redes institucionales de atención. Cabe señalar que estas redes no sólo eran formales, sino también informales:

-Yo tengo colegas, amigos que tienen otras instituciones. Los llamo y les digo: "Mirá, este chico no es para acá; vos tenés internación. ¿Puede estar este chico internado cuatro meses con vos?" (operador socioterapéutico, 40 años).

- A veces a en una comunidad arman los mecanismos para que lo deriven a nuestra institución, porque a lo mejor con nosotros puede trabajar y sale adelante. Y a veces tenemos que derivar nosotros. Tenemos un vínculo con muchas instituciones: con otras comunidades rurales, con comunidades en hospital de día, que sé yo… De acuerdo al perfil, llamamos y decimos: "Che, ¿tenés tal lugar para este pibe?" (operador socioterapéutico, 40 años).

Si bien la derivación podía significar reorientar la demanda hacia los centros de admisión y diagnóstico, con frecuencia, los OST explicaban que recurrían a sus redes personales para derivar a los usuarios de drogas. Estos OST hablaban de la importancia que tenían los contactos personales en la derivación, que parecía resolverse, en primera instancia, en un contacto informal, en base al conocimiento de los operadores sobre el modo de trabajo de cada institución. Puede pensarse que las vías informales de derivación de los OST permitían agilizar el tiempo que demandaba la derivación y contar con información sobre el proceso de atención del usuario una vez que se producía el egreso de la comunidad.

La definición de criterios de admisión implica delimitar un "cerco" que separa el interior del exterior de la institución, y que por un efecto de estructura delimita su acceso. El cerco garantiza la integración de la institución, definiendo quienes pertenecen o pueden pertenecer a ella. Evita que sea contaminada, desvirtuada por fuerzas ajenas, definiendo los problemas que no serán de su incumbencia. De esta manera se seleccionan a los miembros y se expulsa a los extraños, en base a criterios formales (como la formación académica, la edad, el sexo, la cobertura de obra social o la patología que presentan), o informales (como ciertos comportamientos considerados indeseables) (Varela, 2004). De esta manera, los OST enfatizaba que las CT eran de puertas abiertas y que por lo tanto no podían responder a la demanda de custodia de ciertas categorías de personas (niños, niñas y adolescentes, personas con padecimientos mentales graves o con condenas penales) porque hacerlo significaba transformarse en una institución de encierro.

Pero por otra parte, la exclusión de estas categorías de personas parecían situar a la CT en un sistema custodial, en un lugar intermedio entre las situaciones posibles de contener ambulatoriamente y las instituciones a puertas cerradas que volvían a resultar las más adecuadas para las personas que presentaban las situaciones más difíciles de tratar (Galende, 1990; Pavarini, 1994).

Capítulo 8: La incorporación de especialistas *tradicionales* en la CT

Los especialistas, en las comunidades de vida eran personas que habían dejado las drogas gracias a una profunda experiencia espiritual vivida en comunidad. Daban su testimonio para que otros se recuperaran, como una forma de restitución por el bien recibido (Novellí, s/año). La capacitación en el Proggetto Uomo, a través del Proyecto AD/ARG/87/525 modificó el perfil de quienes participaron: los operadores terapéuticos debían conjugar su espiritualidad y su compromiso con los valores de la solidaridad y la honestidad con el conocimiento científico del problema de las drogas y el ejercicio de una práctica terapéutica específica (De Dominicis y Touzé, 1990).

En 1997, las normas de calidad del Ministerio de Salud y de la SEDRONAR incorporaron a las CT entre los centros preventivos asistenciales de atención de drogadependencia y exigieron que el 50% del equipo terapéutico estuviera compuesto por profesionales *tradicionales*[97] (Resolución Conjunta 362/154 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR.). En un campo en que las clínicas psiquiátricas y sus especialistas, los médicos y los psicólogos detentaban la hegemonía, la aceptación de los profesionales tradicionales parece haber sido una estrategia de los OST para legitimar sus instituciones, que trasladó la disputa por la nominación del problema de las drogas y de las respuestas asistenciales al interior de cada comunidad terapéutica.

8.1. Del *adicto recuperado* al *operador socioterapéutico*: la importancia de la intervención estatal en los procesos de profesionalización

Aunque es difícil distinguir con precisión entre los conceptos de *profesión* y de *ocupación* hay acuerdo en que el primer término remite a la adquisición de un saber especializado que otorga cierto nivel de status. La asociación entre profesión y probidad moral, conocimiento y experiencia especial se remonta al medioevo, cuando la Medicina, el Sacerdocio y el Derecho eran las únicas profesiones educadas, accesibles sólo a las clases altas. Pero en el siglo XIX otros grupos ocupacionales en Inglaterra y Estados Unidos lograron ser considerados como profesionales, es decir, que la sociedad, y fundamentalmente el Estado, reconocieron

[97] La nominación "Profesionales Tradicionales" está tomada del curso que se efectuó en el marco del Proyecto AD/ARG/87/525 en Mar del Plata (De Dominicis y Touzé, 1990).

la validez de sus conocimientos y de sus prácticas, descalificando el saber de otros grupos. Para lograr ese reconocimiento, los grupos ocupacionales debieron desarrollar instituciones de capacitación y de acreditación y movilizar recursos para influir en el Estado y en la sociedad civil (Foucault, 1963; Menéndez, 1990; Friedson 2001).

El Proyecto AD/ARG/87/525 impulsó la profesionalización de los OST, que hasta ese momento, aprendían su oficio sólo a partir de su experiencia en las comunidades de vida. El Proyecto significó una ruptura con esta forma de transmisión del conocimiento, ya que se incorporó en su formación la adquisición de conocimientos teóricos sistematizados en un plan de estudios.

Pero a diferencia de otras profesiones, la creación de instituciones de capacitación no era el resultado de la organización de los OST, sino de la intervención gubernamental. Con el cambio de gobierno, en 1989, y la conclusión del Proyecto AD/ARG/87/525, la formación de los OST entró en un período crítico: la Escuela de San Miguel, creada a instancias del Proyecto, se cerró. Los OSTs, cuyo título no había sido expedido por una universidad, tenían pocas posibilidades de continuar su capacitación en forma gratuita.

> *De alguna manera, las personas que se dedicaron a trabajar en la problemática de las adicciones, después de haber realizado un tratamiento, tuvimos que acceder a formaciones privadas porque desde los organismos del Estado no había. Yo tuve mucha suerte en su momento, después de la capacitación en el Proyecto Uomo pasaron muchos años en Argentina para que vuelva a haber una formación de operadores. Por ejemplo, yo, después derivé para el Psicodrama, para...el Psicoanálisis... Yo tuve otros espacios de formación en forma privada (…) Y la gente de Buenos Aires tuvo más acceso… la gente del interior prácticamente no tiene... Es difícil, la formación en esta patología es difícil (operador socioterapéutico, 64 años).*

Según el relato de los entrevistados, en los ´90, la formación de los OST se basó sustancialmente en los cursos ofrecidos por la SE.DRO.NAR. y FONGA. La formación de los nuevos operadores se tornó asistemática y sujeta al interés (y la capacidad de pago) de cada uno de ellos. La transmisión del oficio se centró en la experiencia de trabajo en las CTs. Al respecto, casi todos los OST entrevistados relataron que comenzaron a trabajar como operadores cuando se lo propuso el director de la CT en la que habían efectuado un tratamiento por uso

de drogas. Aunque esta práctica era congruente con el modelo del Proggetto Uomo (en el que cada residente adquiría responsabilidades crecientes en la comunidad), cabe preguntarse sobre el papel que tenía la discontinuidad en las políticas públicas de capacitación dirigidas hacia los OST en el tipo de formación que recibían. Recién en 1998 la SE.DRO.NAR. firmó un convenio con la Universidad de Quilmes para la capacitación de los OST, que se extendió hasta el 2005. Varios entrevistados coincidieron en señalar la importancia de este curso gratuito, de dos años, que otorgaba un título universitario en la especialidad[98]:

> *A mí me parece que la idea de que para ser OST hay que haber sido un adicto recuperado nos llevó a muchas trampas. Por ahí muchos de nosotros no caímos en ellas porque tuvimos la suerte y la posibilidad de desarrollarnos formándonos en este campo. Pero también pasa que el ex adicto es la mano de obra barata, porque supuestamente conoce lo que vivió estando internado (…) Me parece que las experiencias en sí solas no dicen nada. Hay que, aparte, rellenarlas de contenidos teóricos: no cualquiera es un operador (operador socioterapéutico, 50 años).*

Los OST consideraban que *ser un ex adicto* no bastaba para habilitar a un operador como tal y algunos hasta consideraron que no era necesario haber consumido drogas para ser un buen operador. Para ellos, lo esencial del perfil profesional consistía en la formación académica y en una actitud de compromiso y de cercanía con los residentes que los llevaba a *poner el cuerpo* en un trabajo *sin horarios* (Pawlowicz y otros, 2007)[99].

8.1.1 Disputas en torno al reconocimiento oficial de los OST como profesionales

El reconocimiento oficial de la validez de los títulos otorgados por las instituciones de formación de una disciplina es un aspecto clave del proceso de profesionalización. Para el Estado,

---

[98] El curso otorgaba un "Diploma de Operador Socioterapéutico" y estaba destinado, principalmente, a las personas que ya estuvieran trabajando en servicios de prevención y asistencia por uso de drogas. El equipo docente estuvo integrado por operadores socioterapéuticos de reconocida trayectoria.

[99] Entre otras ofertas de formación actual pueden mencionarse el curso (cinco meses) en el Centro Psicosocial Argentino (ver http://www.elcentroargentino.com.ar/operador_socioterapeutico_en_adicciones.html) , en el CAECE (ver http://www.caece.edu.ar/distancia/curso-operador-socioterapeutico.html), de un año, en la USAL (http://www.salvador.edu.ar/vrid/ipd/c_osa.htm), el curso de un año de Operador en Salud Mental en Adicciones en la Universidad Nacional de Lanús (http://www.unla.edu.ar/secretarias/secservpub/direcciones/dep/index.php).

otorgarla significa delimitar el área de incumbencia de una profesión, legitimando la validez de sus conocimientos y sus prácticas (Galende, 1990; Braunstein, 1980, Friedson, 2001).

En general, la matriculación resulta el final de un largo proceso de valorización del título a nivel institucional (Foucault, 1966, Menéndez, 1990). Pero este proceso era incipiente en las CTs:

> *-La mayoría de los operadores son ex-adictos rehabilitados que empiezan a hacer un curso y les dan un certificado, no tienen matrícula. Pero ahora la mayoría de las comunidades ya están pidiendo el certificado. "De dónde venís, dónde te capacitaste, cuánto tiempo tenés de...abstinencia?" Esas son las preguntas más comunes; pero, ¿qué quiero decir con esto? Que hay un montón de personas capacitadas y que muchas veces en el campo de la salud, llámese el Ministerio de Salud de la Nación no se lo reconoce* (psicólogo, auditor en organismo gubernamental y miembro de un equipo en CT, 50 años, en Grupo de discusión 1).

La creciente exigencia en las CTs de que los OSTs contaran con una certificación académica era una medida que tendía a profesionalizar la especialidad. Pero obtener la matriculación requería movilizar recursos para influir en las instituciones estatales, y de acuerdo al relato de los entrevistados, los OST estaban poco organizados colectivamente como para poder lograrlo. Para algunos entrevistados, la falta de matrícula justificaba la posición de subalternidad de muchos operadores en las CT:

> *Lo de la matrícula se planteó en el Ministerio de Salud y se quedó en stand by y sigue en stand by, y esta población sigue trabajando. Por supuesto que muchos trabajan en negro...Hay un montón de cosas que no tienen un reconocimiento. Pero fundamentalmente es que deberían encuadrar normativa y legalmente el trabajo de esa persona. [...] Pero generalmente están en un 3er o 4to escalón con [una] supervisión y una reunión de equipo por semana* (psicólogo, auditor en SE.DRO.NAR., 50 años).

Para algunos entrevistados, esta situación no sólo favorecía que las condiciones de trabajo de los OST fueran más precarias, sino que también generaba desconfianza sobre su capacidad para intervenir en la atención por uso de drogas:

-Esta es una pelea que tengo con SE.DRO.NAR.: dicen que en los grupos tiene que haber un psicólogo, porque si no, no es un grupo terapéutico. (Entrevistadora:- ¿Cómo lo llaman, entonces?)- Sería…un grupo de oración (sonríe). No sé como lo llaman ellos. Pero bueno, son cosas absurdas pero es así. El día que haya una legislación o una carrera o que el operador tenga una matrícula, por ahí algún día llega eso y ese día se verá. Por ahora, en todo caso, el tipo del Estado me puede decir: Y yo qué sé quién está ahí hablando si no tiene matrícula, capaz que es un demente que está diciendo cualquier cosa (operador socioterapéutico, 47 años).

Los títulos fijan jerarquías y sancionan un tipo de relación de fuerzas entre los agentes de un campo social (Friedson, 2001; Bourdieu y Wacquant, 2008). El título reconocido oficialmente otorga prerrogativas y privilegios que influyen en la posición de quienes lo detentan en el mercado laboral y en las instituciones en las que trabajan. En este sentido, las dificultades de los OSTs en la obtención de la matrícula son expresión de las relaciones de poder entre disciplinas y remiten tanto a la debilidad de los OST para organizarse como actor colectivo como a la hegemonía de la Medicina y de la Psicología en el campo de la atención por uso de drogas.

8.2 Tensiones entre especialistas tradicionales y OST

El tipo de especialista considerado adecuado para dar respuesta a un determinado problema de salud es un elemento central de los modelos de atención (Galende, 1990; Menéndez, 1990). Puede comprenderse entonces, que la obligatoriedad de contar con especialistas tradicionales haya sido vivido por los OST como un momento de incertidumbre:

-En el esfuerzo por ingresar al sistema de salud, nosotros fuimos perdiendo algunas partes y fuimos ganando otras…Yo tuve mucho miedo, en ese momento, les confieso que apareció esto, dije: Chau! Fuimos! Nuestro movimiento se terminó acá! Y peleamos algunas cosas, discutimos. Hoy, digo que todo eso nos enriqueció muchísimo (González, R., Clase Curso Aciar - El Reparo, 6/08/2008).

- Nosotros cuando empezamos, nos hablaban de un psicólogo y lo queríamos sacar a patadas… Después vino la farmacología…Yo creo que la realidad en el mundo de las

drogas es que está todo por aprenderse, ¿no? Hemos hecho, hemos caminado, hemos dado vuelta, que sé yo… la situación sigue siendo tan compleja como antes (operador socioterapéutico, en Grupo de discusión 2).

En el discurso de los entrevistados, las tensiones entre especialistas en las CT se relacionaron con el modo de comprender el problema de las drogas y con las prácticas que se consideradas adecuadas para atender a los usuarios.

8.2.1 Tensiones en la comprensión del problema de las drogas

Aunque en el Proggetto Uomo[100] podían identificarse conceptos propios de la Psiquiatría y de la Psicología, (como la carrera en el consumo, la impulsividad y la incapacidad para tomar decisiones) algunos OST criticaron la definición de la *drogadicción* como enfermedad:

- ¿Quién decide que la drogadicción es una enfermedad? La Organización Mundial de la Salud. ¿Quién maneja la Organización Mundial de la Salud? Los médicos. Entonces, si yo como médico no reconozco la adicción como una enfermedad, me estoy quedando fuera del negocio más grande que existe, que es la adicción. Porque la adicción, empieza a acarrear todo lo que tenga que ver con… psicofármacos. Que los psiquiatras se dieron cuenta después que Menem puso la ley, que obligó a todas las obras sociales y las prepagas a cubrir drogadicción y HIV que pueden curar la adicción a las drogas (…) Si digo: no es una enfermedad, ¿qué es? Es la consecuencia de la problemática de una persona. Esa persona que tiene un problema, y que busca en la droga el refugio. Entonces, la realidad, es una problemática del ser humano (…) La drogadicción no es la enfermedad. La enfermedad, o sea, no está. Lo que está es una problemática. Que la persona puede cambiar y puede fortalecerse. Puede enfrentar esta problemática. Hay que enseñarle, hay que mostrarle que se puede (operador socioterapéutico, 47 años).

Para algunos operadores, definir el problema de las drogas como enfermedad significaba subsumirlo a su dimensión biológica. En algunos casos, los OST advertían que la medicalización del problema no sólo era una cuestión terapéutica, sino también económica y de legiti-

[100] Ver Cap. 1.3.3. El modelo italiano de CT, el Proggetto Uomo, pag. 32.

mación del poder de las corporaciones médicas y farmacéuticas. El énfasis de algunos OST en nominar a la *adicción* como problema individual y social los situaban en una posición alternativa al modelo biomédico. En este sentido, las disputas en torno a la definición del problema representaban un aspecto de la lucha simbólica entre OST y especialistas tradicionales por lograr la hegemonía en el campo de la atención por uso de drogas (Bourdieu y Wacquant, 2008). Esta posición de alteridad, en el Proggeto Uomo, se plasmaba en otros ejes que orientaban las intervenciones, como la centralidad del protagonismo del sujeto en el proceso de tratamiento, la identificación entre especialistas y los usuarios y la atención de la dimensión espiritual del problema. Estos elementos intervenían en la formación de los OST definiendo el perfil de los operadores no sólo como especialistas capaces de intervenir en el problema de las drogas, sino como personas que transmitían con su ejemplo valores como la honestidad, el compromiso, el amor (De Dominicis, 1997; De Dominicis y Touzé, 1990). El compromiso subjetivo de los OST contrastaba con la pretensión de objetividad del modelo biomédico, entendida como la construcción de una verdad sobre el objeto de estudio no influenciada por la subjetividad (Menéndez, 1990). La contradicción entre ambos modelos podía explicar, entonces, las críticas de los especialistas con formación académica hacia el tipo de relación que se establecía entre usuarios y OST, así como las referencias, entre los OST, de la afectividad y de la espiritualidad como elementos específicos de su especialidad (Pawlowicz y otros, 2007).

Cabe señalar que la concepción integral del problema era sostenida por varios especialistas tradicionales:

> *-Me parece que es un problema que no puede ser abordado solamente desde la salud mental, debido a los factores que lo generan, por decirlo de alguna manera, no diría que lo causan, por los factores que se combinan para generarlo, y por los factores que son necesarios para darle alguna forma de resolución satisfactoria para el usuario. (Entrevistadora:-¿Y cuáles serían esos factores?) Algunos que tienen que ver con la salud, pero también factores políticos, laborales, económicos, legales, digamos (médica psiquiatra, clínica individual en obra social, 46 años).*

El discurso de estos entrevistados da cuenta de la crisis del modelo biomédico y del surgimiento de un enfoque integral sobre el problema de las drogas.

8.2.2 Tensiones en las prácticas destinadas a la atención por uso de drogas

La incorporación de médicos, psiquiatras y psicólogos en las CT fue un proceso difícil. Uno de los problemas consistía en la escasa formación de los profesionales tradicionales en la atención por uso de drogas y en los tratamientos grupales:

> *-Durante la carrera de Medicina uno cursa una materia que es Toxicología que ni siquiera es "Adicciones" es "Toxicología" que tiene otro...tiene otra ideología, por así decirlo (…) No hay un abordaje que tenga que ver con los aspectos psicológicos, sociales, familiares, nada de eso que tiene que ver con la adicción. Después en la formación de Psiquiatría, tampoco hay mucho...con lo cual los médicos que terminan su formación psiquiátrica, tienen realmente, muy poca experiencia con el tema de las adicciones (psiquiatra, auditoría de instituciones especializadas, 44 años).*

> *-En los grupos terapéuticos por ejemplo, muchas veces la lectura que hace de la situación grupal el operador es más valiosa que la que puede hacer el psicólogo, porque yo sé que los psicólogos cuanto mucho tienen 10 horas dentro del grupo terapéutico y nosotros tenemos una vida dentro de un grupo (risas). Entonces no se puede pretender que el psicólogo que tuvo una materia así a la pasadita pueda tener más conocimiento que nosotros (operador socioterapéutico, 47 años).*

La experiencia en el modelo de CT era un elemento que afirmaba la identidad profesional de los OST, frente a los especialistas tradicionales (Pawlowicz y otros, 2007). Las diferencias en la formación de los especialistas parecían traducirse en una actitud de mutua desconfianza acerca de la capacidad para atender a los usuarios de drogas, que parecía guardar relación con la tendencia, propia del campo de la salud mental, a pensar cada dispositivo como si fuera el único posible y a cuestionar, sin una fundamentación adecuada, la eficacia de otras modalidades de atención (Galende, 1990).

Al interior de las CT, cada especialista debía resolver la tensión entre reconocer sus propias limitaciones y valorar la competencia de los otros para abordar la complejidad del problema de las drogas o bien afirmarse en su propia especialidad, descalificando los saberes y prácticas de otras disciplinas:

Los profesionales tendrían que tomar conciencia de que esto no es una cuestión de libro nada más. Si fuera así, todo sería muy fácil. Te doy el libro, te digo: Tomá, leé este libro y andá a atender a un adicto. O sea. Creo que hay que bajarse de...un poco de la omnipotencia que muchas veces presentan los profesionales, cuando se enfrentan a un...operador socio terapéutico. Y el operador socioterapéutico también correrse de esa soberbia de creer que todo lo puede porque consumió drogas, y dejar de pensar que sabe más que aquel que no consumió. Y poder...agarrar los libros. O sea. Es la conjunción la que siempre te va a llevar a tener el buen resultado. Obviamente, y esto está claro, teniendo en cuenta también la capacidad, que cada uno tenga para esto. Podés leer muchos libros, podés, este, haberte drogado 40 años y nada de esto te certifica para que puedas trabajar de esto (operador socioterapéutico, 47 años).

Yo lo veo desde lo que es el ámbito "psi"... No, no sé qué palabra darle pero me parece como una cosa de mucha hegemonía y de descalificar cualquier otro tipo de dispositivo. Y también me parece que hay mucha resistencia desde, digamos la comunidad terapéutica, desde los operadores, en los enfoques más normativos, más conductistas, de que haya una cuestión un poco más "psi" dentro de los tratamientos de las adicciones (psicólogo, 35 años, admisor en SE.DRO.NAR., en grupo de discusión 1).

En la disputa entre disciplinas por nominar el problema de las drogas y definir las estrategias más adecuadas para tratarlos, las normas de calidad de la M.S.A.S. y de la SE.DRO.NAR. no sólo legitimaron la concepción Psiquiátrica sino que posicionaron a los médicos y a los psicólogos como directores y a los OST como técnicos. Como directores de la institución, los OST intentaron disminuir el impacto de la incorporación de especialistas tradicionales eligiendo a quienes pudieran adaptarse al modelo de la CT o que no intentaran efectuar cambios significativos:

Yo siempre fui el director de mi centro, pero en un momento el Ministerio de Salud me dijo: "tiene que poner un médico". La verdad es que tenemos un director médico, pero digamos quienes hemos llevado…nos hemos hecho cargo, no digo todo…pero en muchas instituciones los que llevan las estrategias desde el punto de vista terapéutico, desde el punto de vista de la intervención en sí, en muchos casos son operadores que no tienen títulos universitarios. De ahí es donde se generó siempre…o por lo menos yo

siempre viví esa situación como un poco conflictiva. El mundo de la gente de una formación específica de salud mental nunca terminó de ver con muy buenos ojos este tipo de situaciones (operador socioterapéutico, 50 años, en grupo de discusión 2).

Como directores, los OST discutieron sobre aquello que se consideraba *terapéutico* y en algunos casos, orientar las prácticas de los profesionales tradicionales:

Nosotros le planteamos por ejemplo a las terapeutas que trabajan con los más chiquitos, que no lo sienten a hablar de cuando eran chicos, porque están siendo chicos. Que desayunen con ellos, que trabajen un ratito en la huerta, que les muestren lo que hacen, que jueguen a las bolitas con ellos, que jueguen, que hagan...Y que en todo caso, en eso está el cambio, se vaya armando un equipo de ese vinculo, no del discurso, del vínculo. Y eso es lo que permite consolidar algo para después trabajar… Lo terapéutico para un chiquito de 12 años, es sentirse querido, no hablar de su historia, porque a veces no saben hablar de su historia o hablan de lo que entienden que tienen que hablar, y te cuentan su vida como si te contaran una película…Y muchas veces es mucho más terapéutico lo que vos generás en un desayuno con él, o llevándolo a pasear (operador socioterapéutico, director de CT, 40 años).

Los directores médicos para ingresar en las comunidades tuvieron que hacer todo un movimiento de adaptarse a la comunidad. Un médico que estudia al paciente para medicarlo, en comunidad se encuentra con graves problemas, porque se trata, por ejemplo, de no medicar la angustia. Para mitigar la angustia tenemos…creemos en otros instrumentos, en otras formas. Entonces un médico que al principio se encontraba con su recetario dice: ¿bueno y ahora qué hago, para qué...? Acá no sirve mi recetario. Tuvo que hacerse un poco socioterapeuta (operador socioterapéutico, director de CT, 64 años).

La inserción de los psiquiatras no sólo puso en cuestión el lugar de dirección de los OST, sino también una de las reglas fundamentales de las CT: la prohibición del uso de drogas. Dada la predominancia de la atención farmacológica en la formación de los psiquiatras, respetar esta regla implicaba una seria limitación a su área de incumbencia profesional. Pero con el paso del tiempo, en algunas CTs se aceptó la conveniencia de la prescripción de psicofármacos en determinadas situaciones:

Con la experiencia de los pacientes duales me apoyaría más en el psiquiatra. También digo: bueno, este chico fuma pasta base, hay que darle algo para dormir, hay que desintoxicar...Cosa que antes, capaz me rehusaba, o trataba de que no, pero así empecé a aprender las patologías, las estructuras (de la personalidad) *Fui aprendiendo, me fui dando cuenta (operador socioterapéutico, 40 años).*

El médico psiquiatra básicamente hace todo lo que es el control farmacológico especialmente en los chiquitos nuevos, porque algunos ya vienen medicados. Ocurre también que en un momento es necesario que tengan alguna medicación, aporta a la contención. Y también es la persona que hace el diagnóstico para determinar si hay una problemática dual o no. La idea del médico psiquiatra es que trabaje en la desmedicalización de los chicos (*operador socioterapéutico, 41 años).*

Algunos de los OST reconocían que la atención farmacológica era necesaria en la desintoxicación, al inicio del tratamiento. Pero como no aceptaban su uso prolongado, la inserción de los psiquiatras permitía diagnosticar a los *pacientes duales* y derivarlos a otros dispositivos e atención.

La posición de los OST en las CT parece haberles permitido direccionar las prácticas de los equipos de atención, y mostrar que tenían un conocimiento específico, que si bien no estaba reconocido oficialmente, tenía el valor de basarse en la experiencia y en la formación en un modelo que consideraban efectivo. Al respecto, Gónzalez (2010) relató que incluir a los profesionales tradicionales implicó adaptar el Proggetto Uomo a la "idiosincrasia" del país, donde no se podía pensar que un profesional con formación académica efectuara los mismos tipos de tareas que los operadores. Aunque esta adecuación permitió que se profesionalizara el equipo terapéutico de las CT, también pudo haber pudo haber reforzado la percepción de los especialistas sobre la incumbencia de los OST en el trabajo con lo doméstico, ámbito cuyas prácticas se guían por el sentido común. Cabe preguntarse si la asociación entre el trabajo de los operadores terapéuticos y el mantenimiento de la vida cotidiana en las comunidades no tendió a situar a los OST en un lugar de subalternidad con respecto a otras disciplinas encargadas de *diagnosticar, medicar, trabajar en los vínculos* o en *la historia del sujeto.*

Las reuniones de equipo, generalmente conducidas por los directores de las CT eran espacios fundamentales para efectuar acuerdos que tendieran a superar las tensiones en los equipos y orientar las intervenciones para que se integraran al modelo de la CT.

8.3 El encuentro entre OST y especialistas tradicionales: el equipo interdisciplinario

Para los entrevistados, la reunión de equipo era fundamental para acordar las estrategias terapéuticas y supervisar la tarea:

> *La salida de un pibe va a ser en equipo. En esto yo no creo en la posibilidad de "la" figura rotulante, del grupo terapéutico que es el que lo saca adelante, o lo saca el equipo o no lo saca nadie (psicólogo, 50 años, admisor en SE.DRO.NAR., en grupo de discusión 1).*

> *Ahora, la estrategia terapéutica es la que realmente tiene que ser coordinada, asimilada, pensada, planteada por un equipo donde interviene el operador, un médico, los psicólogos o la gente que lo forme (operador terapéutico, director de CT, 47 años).*

Algunos entrevistados relataron que trabajar en equipo había sido el resultado de un proceso que implicó *superar las individualidades*:

> *Antes, que sé yo, 20 años, el operador, trataba de no meterse en el terreno de la Psicología. El psicólogo trataba de desprestigiarlo y trataba de irrumpir en el terreno del operador. Hoy en día, la comunidad terapéutica, ha podido transdiciplinarse, y ha podido trascender la disciplinas, las distintas especificidades y lograr un lenguaje común (operador socioterapéutico, director de CT, 64 años).*

> *En sus comienzos, había muchas individualidades, capaz con muy buena voluntad...pero no es bueno para el trabajo en adicciones. Ahora somos un grupo de trabajo, con un discurso más…globalizado. Entonces eso mejora muchísimo más el laburo porque uno tiene más en cuenta a su compañero de trabajo. No sólo en lo que le dice, sino en, las consecuencias: lo que yo haga en mi trabajo, sé que va a repercutir en otro. Entonces, es más armonioso el laburo. Yo creo que hace entre dos y tres años*

que recién empezamos a laburar un poco más en equipo (operador socioterapéutico, 32 años).

La concepción holística del problema de las drogas en el Proggetto Uomo favorecía la conformación de equipos interdisciplinarios. Pero en los momentos fundacionales de las comunidades terapéuticas en Argentina, los especialistas tradicionales y los OST habían desarrollado una posición distante, de mutua desconfianza sobre la capacidad del otro para atender adecuadamente a los usuarios de drogas. Conformar equipos de atención interdisciplinarios requirió sostener espacios de encuentro que permitieran efectuar acuerdos sobre la definición de los problemas que se presentaban y de las estrategias más adecuadas para resolverlos. La posibilidad de expresar las opiniones y las dudas, la discusión de distintas alternativas, y finalmente, de tomar decisiones en base a acuerdos sobre el proceso terapéutico resultaba fundamental para *evitar fisuras* y para garantizar el cuidado tanto de los residentes como de los miembros del equipo:

Es muy difícil tomar decisiones sin tener la opinión de todos, porque por ahí alguien toma una decisión y yo no estoy de acuerdo; y eso a la larga o a la corta provoca una fisura. Está bien, si no tuve el espacio donde volcar mi opinión, mis desacuerdos, como cualquier ser humano, tarde o temprano, termino haciendo lo que me parece. Así que me parece sano ese lugar, donde se congenian... las experiencias, los puntos de vista... bueno, las necesidades de los residentes, me parece bueno (operadora socioterapéutica, 42 años).

Nosotros trabajamos mucho en una parte de la comunidad que tiene que ver con el mensaje que se le transmite a los residentes. No es solamente darle terapia o decirle lo que tienen que hacer sino que también hay que mostrarle cómo se hacen las cosas y ser coherente. No ser contradictorios entre los mismos miembros del equipo, sino repetimos el modelo familiar: el padre le dice una cosa, la madre le dice otra. Entonces esta reunión de equipo es fundamental para unificar criterios. Todos podemos ser parte de un equipo pero no todos tenemos que estar de acuerdo con todo, entonces en esa reunión por lo menos lo que acordamos no es convencer al otro sino criterios...Acordamos criterios, como para después salir a la cancha o a estar con los resi-

dentes y manejar todos el mismo criterio y que no haya fisuras (operador socioterapéutico, 35 años).

La preocupación por la coherencia en las intervenciones cobraba singular importancia para los OST. Retomando los aportes de la Teoría Sistémica, explicaban que no querían reproducir los problemas de comunicación de la vida familiar de los residentes[101]. Como la CT era entendida como un espacio de aprendizaje de nuevas formas de relación, para ellos era fundamental evitar contradicciones en el discurso y mantener la claridad del mensaje que transmitían.

Aunque la conformación de un equipo terapéutico era una tarea difícil y en muchas comunidades no se había logrado trabajar interdisciplinariamente, para los OST, la incorporación de distintos especialistas en las CT había *enriquecido el trabajo* y *mejorado la oferta de atención*. Para Rubén González por ejemplo, la inclusión de los psicólogos en las CT resultó un *hito* que le dio una impronta particular al modelo de CT en Argentina:

> *"Los italianos le agregaron la impronta de la familia al modelo de Daytop y nosotros, podemos decir que le agregamos la impronta de los psicoanalistas argentinos*" (González, 2010:230).

[101] Ver punto 1.3.3: El modelo italiano de CT: el Proggetto Uomo, pag. 32.

CONCLUSIONES

A principios de la década del ´90, las CT constituían una importante oferta de tratamiento residencial por uso de drogas, que se presentaba como alternativo a la atención tradicional en salud mental. Aunque el Proyecto de Cooperación Internacional AD/ARG/87/525 había facilitado la relación entre los profesionales tradicionales y los especialistas que provenían de las comunidades de vida, en Argentina los OST fueron reticentes a incorporar a otros especialistas en las CTs, como modo de mantener la integridad del modelo (González, 2010). Luego de finalizado el Proyecto de Cooperación, la CTs parecen haber tenido escasa relación con las instituciones gubernamentales. La situación cambió en 1992, cuando las CTs se incluyeron como prestadoras del Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales de la SE.DRO.NAR.

La SE.DRO.NAR. había sido creada en 1989, por recomendación de los Estados Unidos, que aconsejaba unificar institucionalmente el control de la oferta y la demanda de drogas como modo de lograr mayor eficiencia en la lucha contra el narcotráfico (Touzé, 2006). Pero el nuevo organismo enfrentó el problema de la superposición de su área de incumbencia con otras unidades estatales. Históricamente este problema se resolvía creando una nueva estructura burocrática, pero esta solución era contradictoria con las políticas de reducción de personal implementadas durante el proceso de Reforma del Estado. En el aspecto sanitario, la terciarización de la provisión de los servicios de asistencia, a través del Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales, permitió que el nuevo organismo contara con una oferta asistencial propia.

El Programa creado por la SE.DRO.NAR. se focalizó en el otorgamiento de subsidios para la internación en ONGs a personas sin recursos económicos y sin cobertura de obras sociales sindicales o de empresas de medicina prepaga. El rol de la SE.DRO.NAR. en la implementación del Programa se definió en torno a la selección de los destinatarios y el financiamiento y la regulación de los prestadores, que pertenecían al ámbito de la sociedad civil.

Cabe reflexionar que en un enfoque que sostenía que las ONGs eran más eficientes que los servicios públicos, la inclusión de las CT en el Programa no sólo era una manera de transferencia estatal de la provisión directa de servicios de asistencia; también significaba promover la cooperación entre las instituciones estatales y la sociedad civil, en la búsqueda de soluciones innovadoras a problemas complejos (Bresser Pereira, 2004; CLAD, 1998). De este modo, el Programa era la expresión del tipo de políticas sanitarias que se deseaban alcanzar con el proceso de reforma en salud, que enfrentaba las dificultades de transformar instituciones (el hospital público, el sistema de obras sociales sindicales) consolidadas desde hacía varias décadas. Pero de acuerdo al relato de los entrevistados, el Programa tuvo dificultades para implementar otros principios de la Reforma. Por ejemplo, las restricciones económicas parecen haber obstaculizado (por los menos en los primeros años de gestión) la conformación de equipos de auditoría de las instituciones prestadoras y la capacitación de los equipos técnicos en las provincias. Por otra parte, la lógica patrimonialista pareció persistir sobre la racionalidad técnica en la asignación de cargos, lo que podría afectado la generación de un clima de confianza que facilitara que las ONGs aportaran soluciones innovadoras a los problemas emergentes.

Puede analizarse que la centralidad que tuvo la internación en las políticas asistenciales de la SE.DRO.NAR. respondió a la construcción del problema de las drogas en los ´80 y ´90. A nivel internacional, la creación de la CICAD (en 1986) y la Convención de Viena (1988) habían reforzado la concepción del problema de las drogas como amenaza a la seguridad nacional, en congruencia con la política exterior de Estados Unidos, que profundizaba la Guerra contra las Drogas en América Latina. Pero el uso de drogas no sólo representaba una amenaza a la seguridad sino también a la salud pública. La inclusión de los usuarios de drogas entre los grupos de riesgo ante la epidemia de sida reafirmó la concepción sobre los consumidores como personas autodestructivas y despreocupadas por su estado de salud (Touzé, 2006).

La construcción social sobre el usuario de drogas como alguien peligroso que podía incitar el consumo de drogas y transmitir VIH parece haber reactualizado la concepción higienista de los problemas de salud pública como *plagas sociales*, que había orientado la construcción del sistema de salud en Argentina en el siglo XIX y comienzos del siglo XX. En base a los principios que guiaban la atención de las enfermedades infecto-contagiosas, el Higienismo había sostenido la necesidad de separar y aislar a los enfermos (alcohólicos, dementes, tuberculo-

sis, sifilíticos, entre otros) no sólo para protegerlos de las condiciones ambientales que podrían agravar su estado de salud, sino para evitar el contagio de quienes los rodeaban, en una acción moralizadora que suprimía la incitación al vicio (Recalde, 1997; Tenti Fanfani, 1995). Puede advertirse una línea de continuidad discursiva entre estos principios y la concepción de la penalización de la tenencia para consumo personal y las medidas de seguridad educativa y curativa de la ley penal 23.737 como instrumentos de salud pública. Esta construcción del problema de las drogas parece haber configurado la demanda de atención sanitaria en torno a la necesidad de *identificar, aislar, contener y disciplinar* a los usuarios para evitar la expansión del consumo.

Para las CT, la inclusión en el Programa de Subsidio para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales y su categorización como centro preventivo asistencial en las normas de calidad de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de Salud significó obtener el reconocimiento estatal de la validez de su modelo de atención. Pero, de acuerdo al relato de los entrevistados, la relación con la SE.DRO.NAR. provocó cambios en sus prácticas terapéuticas, fundamentalmente a partir de cambios en su cerco institucional, de la regulación de la duración del tratamiento y de la composición de sus equipos de atención.

En el modelo asilar, los sujetos de la asistencia se definen por su irracionalidad y su incapacidad para tomar decisiones, cuidar de sí y de otros. Se sostiene que esta condición los vuelve potencialmente peligrosos, ya que su falta de límites y sus dificultades para evaluar las consecuencias de sus acciones podría llevarlos a dañarse a sí mismos o a otras personas. En este modelo el aislamiento, encierro y custodia de los usuarios de drogas resultan medidas tendientes a su protección y de las personas que los rodean. En cambio, en el modelo *de puertas abiertas* del Proggeto Uomo la custodia de los sujetos es innecesaria, porque el tratamiento se basa en el deseo de los usuarios de cambiar de vida. De modo tal que aunque en este modelo se consideraba a la adicción como un problema que provocaba la pérdida de control sobre áreas importantes de la vida, los destinatarios de la asistencia en las CT no podían ser sujetos totalmente incapaces, porque debían tener la capacidad de tomar la decisión de iniciar y sostener el tratamiento.

La tensión entre la demanda custodial de las instituciones gubernamentales y el modelo del Proggeto Uomo se expresó en distintas disputas en torno a la definición de su cerco institucional. Cabe tener en cuenta que al relacionarse con estructuras burocráticas complejas, las CT transformaron el ingreso informal a la institución por un recorrido mediatizado por los centros de diagnóstico y derivación de la SE.DRO.NAR, de las obras sociales y de las prepagas. Este cambio no sólo significó una mayor burocratización del ingreso a las CT, también implicó la introducción de criterios diferentes a los que sustentaban los OST para iniciar el tratamiento residencial. Las normas de calidad de la atención por uso de drogas de la SE.DRO.NAR. y del Ministerio de salud establecieron los criterios de ingreso a los programas residenciales de acuerdo a la concepción psiquiátrica de la dependencia, de modo tal que los centros de admisión y diagnóstico derivaban a las CT a los usuarios de drogas cuyo consumo sostenido pusiera en riesgo su vida o la de sus familias, no contaran con familia y/o no reconocieran la necesidad de efectuar un tratamiento. Como puede advertirse, los criterios de derivación a las CTs eran los mismos que para la derivación a los hospitales psiquiátricos. En este sentido, las reiteradas referencias a las CT como instituciones de *puertas abiertas* en el discurso de los OST parece expresar la tensión entre responder a la demanda custodial del sistema de justicia y de la SE.DRO.NAR. y el sostenimiento de un modelo considerado alternativo al asilar.

Las posibilidades de cambio en el cerco institucional de las CTs, a partir de los requerimientos del Programa Terapéutico Básico y del sistema judicial provocaron un debate entre los OST. La discusión no sólo refería a las características de las personas que podrían ser admitidas en las CT, también refería al grado en el que se conservaría la integridad del modelo (Varela, 2004). En este sentido, la exclusión de los pacientes duales remitía a la necesidad de diferenciarse de los hospitales psiquiátricos. Pero la admisión de niños, niñas y adolescentes que usaban drogas se presentó como una nueva demanda hacia el sistema de salud, que volvió a provocar el debate en las CTs.

A principios de la década del 2000, la irrupción del consumo problemático de PBC entre los\as niños\as y adolescentes, resultó una expresión de la cuestión social en un período de profunda crisis. Al final de la década, los elevados índices de pobreza y desempleo mostraron la ineficacia de las políticas neoliberales para promover el desarrollo sostenible y la equidad distributiva, lo que terminó por afectar seriamente la gobernabilidad democrática

(Ozlak, 1997). En una sociedad que enfrentaba el riesgo de su disolución, los niños, niñas y adolescentes que usaban PBC (considerada un desecho del proceso de producción de cocaína) encarnaban la metáfora de una sociedad sin futuro (Castel, 1997; Hopenhayn, 2008; Parajúa y otros, 2010).

El uso de PBC entre los niños, niñas y adolescentes interpeló a los equipos terapéuticos que atendían a usuarios de drogas, quienes explicaban que sus dispositivos de asistencia habían sido diseñados para la atención de personas adultas, con un cierto grado de contención familiar. Como otras instituciones de asistencia por uso de drogas, los equipos de las CTs enfrentaron la disyuntiva entre modificar algunas de sus prácticas para poder admitir a los niños, niñas y adolescentes que usaban drogas, o derivarlos a otros dispositivos de encierro (Parajúa y otros, 2010). Al momento de efectuarse el estudio, la discusión entre las CTs no estaba cerrada: mientras algunas CTs habían aceptado la admisión de niños, niñas y adolescentes, otras consideraban que sus dispositivos no eran los más adecuados para ellos.

Para los OST, la forma en que las CT enfrentaron el problema de la atención de niños/as y adolescentes mostró las dificultades de los organismos gubernamentales para generar un espacio de discusión sobre las respuestas que deberían darse frente a problemas emergentes. Aunque también puede analizarse que estas dificultades respondían a la direccionalidad que tenían las políticas de asistencia por uso de drogas, dirigidas fundamentalmente a la contención del conflicto social más que a la promoción de los derechos de los usuarios. Esta orientación limitaba la participación de las CTs en la construcción del espacio público, a pesar de los postulados de la atención gerenciada sobre la eficacia de la articulación entre los organismos gubernamentales y la sociedad civil.

En el Proggetto Uomo, la duración del tratamiento era flexible, pero se aconsejaba que la fase residencial se extendiera por un mínimo de dos y un máximo de tres años (De Dominicis, 1990). Pero la SE.DRO.NAR otorgó becas de internación por un plazo de un año, restringiendo el tiempo de atención a la mitad. Cabe señalar que los entrevistados opinaban que las razones para establecer el plazo respondían a necesidades de orden financiero, más bien que a una orientación terapéutica, lo que permitía que en algunos casos, el tratamiento se extendiera por mayor tiempo, si los equipos de las CT lo consideraban necesario y se hacían cargo del financiamiento. Pero los entrevistados señalaban que se trataba de una situación muy

poco frecuente. En general, la disposición estableció un límite al tiempo de la atención residencial. Esta disposición fue discutida entre los OST, porque introdujo un principio de homogeneización en un aspecto del tratamiento que para ellos debía ser flexible y porque pensaban que un año era un plazo demasiado breve para lograr que los usuarios *cambiaran de vida.*

La inclusión de profesionales tradicionales en los equipos terapéuticos parece haber estado destinada a legitimar el Programa Asistencial de la SE.DRO.NAR., en un campo donde la Psiquiatría y la Psicología resultaban hegemónicas. Desde el punto de vista de las CTs, la aceptación de la norma parece representar una concesión por parte de los OST para lograr su categorización como centros residenciales. Los OST fueron definidos como técnicos en el texto de las normas, lo que los colocaba en una posición de subalternidad con respecto a los médicos y a los psicólogos, que debían estar a cargo de la dirección de las estrategias terapéuticas. Puede analizarse que la posición subalterna de los OST se fundamentaba en dos situaciones que podrían haberse modificado mediante la intervención estatal: la escasa formación académica de muchos OST y la inexistencia de matrícula. Pero los OST conservaron la dirección administrativa de los establecimientos, lo que les permitió desplegar distintas estrategias (selección de especialistas capaces de aceptar el modelo de CT, supervisión de las reuniones de equipo) que parece haberles permitido direccionar los cambios introducidos por los especialistas tradicionales. Cabe señalar que el Proggetto Uomo era un modelo con una concepción holística del problema de las drogas, cuyo eclectismo permitía incorporar desarrollos teóricos y técnicos diversos. Posiblemente, esta característica del modelo permitió la construcción de equipos interdisciplinarios y la inclusión de una perspectiva psicoanalítica en la atención por uso de drogas en las CTs, que según González (2010) le habría dado una impronta particular al modelo en Argentina.

Los cambios introducidos por la regulación en las CTs mostraron que la construcción de los modelos de atención son procesos dinámicos, profundamente imbricados con los procesos económicos y políticos de las sociedades en las que se desarrollan. Asimismo, dieron cuenta de la capacidad de los actores sociales para redefinir el alcance y la direccionalidad de las políticas públicas en el momento de su implementación. Puede advertirse que aunque el diseño de las políticas de asistencia por uso de drogas tendió a medicalizar el proceso de atención de las CT, los OST tuvieron cierto margen para definir el alcance de los cambios. En este

sentido, aunque la incorporación de profesionales tradicionales parece haber profundizado las transacciones con el modelo médico hegemónico en las CTs, también le otorgaron mayor legitimidad a su propuesta terapéutica (FONGA, 2009).

En la actualidad la atención en las CTs forma parte de la discusión sobre la atención sanitaria de los usuarios de drogas, como cuestión indisociable del respeto por los derechos humanos. En el debate sobre la despenalización de la tenencia de drogas para uso personal, se puso en cuestión la intervención de la justicia en el campo sanitario y se visibilizaron las dificultades del sistema de salud para garantizar el acceso de los usuarios a la asistencia. Asimismo, la sanción de la ley de Salud Mental, en 2010, (que incluyó a la adicciones entre los padecimientos mentales) promovió la discusión sobre el modo de garantizar el derecho de los usuarios a decidir sobre la alternativa terapéutica más adecuada, considerando que a la internación como el ultimo recurso disponible. Aunque una disposición similar esté contenida en el Programa Terapeútico Básico, la discusión sobre la implementación de la ley llevó a un cuestionamiento de las políticas asistenciales de la SE.DRO.NAR por su orientación custodial. En el debate se objetan elementos del modelo de las CTs (la organización jerárquica, el sistema de reglas, la duración del tratamiento residencial) por su analogía con los dispositivos de encierro (Galante y otros, 2012).

En un contexto diferente, la discusión sobre el lugar de las CTs en el campo de la atención por uso de drogas vuelve a centrarse en la alteridad de su modelo con respecto a las instituciones asilares y en la capacidad de los OST para intervenir en la asistencia por uso de drogas. Cabe esperar que si en un proceso que tendía a la medicalización de los usuarios, se hayan reforzado los aspectos custodiales de las CT, en un proceso orientado a la construcción del campo de salud mental comunitaria, sean revalorizados los aspectos alternativos de su modelo (la concepción integral del problema, el trabajo interdisciplinario, el valor dado al compromiso del usuario con su tratamiento y con los de otros residentes, a la toma de decisiones en espacios colectivos (en asamblea), la participación de las familias, la inserción comunitaria, la experiencia del grupo de pares y de los OST, la espiritualidad. Asimismo, cabe esperar que en un paradigma caracterizado por la participación comunitaria, las CTs se constituyan en actores relevantes en la construcción de respuestas más adecuadas a los problemas de los usuarios de drogas, especialmente de los niños, niñas y adolescentes y de personas con distintos padecimientos mentales.

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 1 Características de la muestra del Proyecto “Uso de drogas en Argentina, políticas, servicios y prácticas” seleccionada para este estudio, según ocupación y especialidad: 63

Tabla 2: Dispositivos de diagnóstico del Programa Terapéutico Básico a cumplimentar en el tratamiento de las adicciones (Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR.) ... 92

Tabla 3: Dispositivos ambulatorios del Programa Terapéutico Básico a cumplimentar en el tratamiento de las adicciones (Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR.) ... 94

Tabla 4 Dispositivos residenciales del Programa Terapéutico Básico a cumplimentar en el tratamiento de las adicciones (Resolución Conjunta 362/97 M.S.A.S. 154/97 SE.DRO.NAR.) 95

Gráfico 1. Criterios de admisión y derivación a los dispositivos del Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción. Resolución Conjunta 362-154/97 M.S.A.S. - SE.DRO.NAR. 97

BIBLIOGRAFIA

ABAL MEDINA, J.M.; BARROETAVEÑA, M.: “El Estado”. En: PINTO, J.: *Introducción a la Ciencia Política*. Eudeba, Buenos Aires, 2000.

ACKERKNECHT, E.: *Breve historia de la Psiquiatría.* Buenos Aires, Eudeba, 1962.

ALBERDI, J. M.: *Reformas y contrarreformas, políticas de salud mental en la Argentina.* UNR Editora, Rosario, 2003.

ALONSO, G.: *La regulación del sistema de salud en la Argentina. Dimensiones conceptuales para el estudio de la capacidad institucional.* Serie III, Políticas Públicas Nº 41. INAP, Diciembre de 1999.

ANDERSON, P.: “Democracia y Dictadura en América Latina en la década del ´70”. En *Cuadernos de Sociología* Nº 2. Carrera de Sociología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 1988.

ATTALI, J.: *El Orden Caníbal. Vida y Muerte de la medicina*. Editorial Planeta, Buenos Aires, 1981.

BARREDA, V. "El impacto de la representación de la sexualidad como factor de riesgo en el modelo epidemiológico del SIDA" en "*Seminario sobre SIDA*", Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, 1996.

BASAGLIA, F.*: La institución negada, Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores, Barcelona, 1972.

BELMARTINO, S: “Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina”. En Revista *Salud Colectiva*, La Plata, 1(2): 155-171, Mayo - Agosto, 2005.

BESSONE, R., CIMINO, G.; DE VEGA, G.; PALLADINO, A.: “Algunas consideraciones acerca del fenómeno de la toxicodependencia”. En: DE DOMINICIS, A.; TOUZE, G. (comp.): *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525.* Buenos Aires, mimeo, 1990.

BESSONE, R., CIMINO, G.; GRATTONE, M; RUZZO, M.: “Algunas consideraciones acerca de la persona humana”. En: DE DOMINICIS, A.; TOUZE, G. (comp.): *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525.* Buenos Aires, mimeo, 1990.

BIANCO, M.; RE, M.; PAGANI, L.; BARONE, E.: “Derechos humanos y acceso al tratamiento para VIH/Sida. Estudios de caso sobre derechos humanos”, LACASSO – ONUSIDA, Buenos Aires, 1999.

BLOCH, C. “El sida: una nueva enfermedad de la pobreza”. En: CAHN, P.; BLOCH, C.; WELLER, S.: *“El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social*”, Ed. Arkhetypo, Buenos Aires, 1999.

BOURDIEU, P. ; WACQUANT, L. : *Una invitación a la sociología reflexiva*, Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2008.

BOURDIEU, P, CHAMBOREDON J.C., PASSERON J.C. :"*El oficio de sociólogo*". Siglo XXI Editores, México, 1993. Cap.

BRAUNSTEIN, N.: *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan*). Editorial Siglo XXI, México, 1980.

BOZZO, M.C.; LOPEZ, H.:"Crónica de un fracaso anunciado. La Segunda Reforma del Estado en Argentina". En: Revista *Convergencia*, mayo-agosto de 1999, Nº 19, pag. 31-53.

BRESSER PEREIRA, L.: "La restricción económica y la democrática". En: BRESSER PEREIRA, L.; CUNILL GRAU, N.; GARNIER, L.; OZLAK, O., PRZEWORSKI, A.: Política y gestión pública. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2004.

CARPINTERO, E.; VAINER, A. *Las huellas de la Memoria: Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983.* Topía Editorial, Buenos Aires, 2005.

CARRIZO, M.: *Los dispositivos terapéuticos para la asistencia de los problemas relacionados al consumo de drogas. La comunidad terapéutica como modelo y alternativa para el cambio.* Disponible en: http://it.scribd.com/doc/29980443/CCTT-Historia-y-Actual-Id-Ad

CASTEL, R.: "*Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado".* Editorial Paidós, Buenos Aires, 1997.

CENTRO DE ESTUDIOS LEGALES Y SOCIALES (CELS); MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL (MDRI): *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos.* Siglo XXI Editores, Buenos Aires, 2008.

CHIOSSO, F.: "La comunidad terapéutica y los desafíos actuales". En: TOUZÉ, G.; GOLTZMAN, P. (comp.): *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Intercambios-UBA., Buenos Aires, 2010.

COMES, Y.: "Accesibilidad: una revisión conceptual". Documento laboris Proyectos de investigación Equity and Descentralization: Accesibility of poor familias from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires ciy. Buenos Aires: International Development Research Centre of Canada. Mimeo.

CONRAD, P: "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En. Ingleby, D. *Psiquiatría Crítica. La política de salud mental*. Crítica, Barcelona, 1982.

COREA, C.; LEWKOWICZ, I.: *Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez.* Editorial Lumen Hvmanitas, Buenos Aires, 1999, Cap.

COSTA, M.; GAGLIANO, R.: "Las infancias de la minoridad. Una mirada desde las políticas públicas". En: DUSCHATZKY, S. (comp.): *Tutelados y asistidos*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 2000.

CORTES, F: "Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad, la marginalidad económica y la exclusión social". En*: Papeles de población*, enero-marzo 2006, Nº 047, Universi-

dad Autónoma de México, Toluca, México, p.p. 71-84. Disponible en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/112/11204704.pdf

DABROWSKY, G.; FERREYRA FERREIRA F.; GALANTE, A.: "Cronicidad y Externación: Dónde está la diferencia?" CD-ROM del *1º Encuentro de Trabajo Social en Salud Mental "Intercambio de experiencias*". Hospital Interdisciplinario y Psicoasistencial. "Dr. José T. Borda", Buenos Aires, 18 y 19 de Noviembre de 2004

DANANI, C. "Condiciones y prácticas sociopolíticas en las políticas sociales: las obras sociales, más allá de la libre afiliación". En. Lindenbom, J. y Danani, C. (coord.): *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Editorial Biblos, Buenos Aires, 2003.

DAROQUI, A.; GUEMUREMAN, S.: "Los menores de hoy, ayer y de siempre. Un recorrido histórico desde una perspectiva crítica". En: Revista *Delito y Sociedad*, Año 8, Nº 13, Buenos Aires, 1999.

DE DOMINICIS, A.: *La comunitá terapeutica per tossicodipendenti. Origini e sviluppo del metodo*. Centro Italiano di Solidarietá di Roma, Roma, 1997.

DE DOMINICIS, A.; TOUZE, G. (comp.): *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525.* Buenos Aires, mimeo, 1990.

EPELE, M., PECHENY, M.: "Harm reduction policies in Argentina: A critical view" En *Global Public Health*.
http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t716100712~db=all~tab=issueslist~branches=2 - v22 issue4 , Octubre 2007,

ESPING ANDERSEN, G.: *Los tres mundos del Estado de Bienestar*. Edicions Alfons el Magnanim-IVEL, Valencia, 1990.

FARAONE, S. "Las marcas de la dictadura militar en el sector salud. A treinta años del golpe: la lucha por la recuperación del derecho a la salud colectiva." En: *Subjetividades, clínicas, insurgencias. 30 años de Salud Mental.* Ediciones Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2006.

FOUCAULT, M.: "Incorporación del Hospital en la tecnología moderna". En: *Medicina e Historia. El pensamiento de Michel Foucault*. Washington, OPS, 1978.

FOUCAULT, M.: "*Historia de la locura en la época clásica"*. Tomo 1. Fondo de Cultura Económica, 1967.

FOUCAULT, M.: "*El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* Siglo XXI Editores, 1963.

FRANCO, M.; ALVAREZ, M.: *La reforma del Estado y el proceso de tercerización en Río Negro.* En: Segundo Congreso Argentino de Administración Pública, Sociedad, Estado y Administración. CEAPPE, Universidad Nacional del Comahue. Disponible en:
http://www.aaeap.org.ar/ponencias/congreso2/Franco-Alvarez.pdf

FREIDSON, E.: “La teoría de las profesiones. Estado del arte.” En: *Perfiles Educativos*, Año/Vol.23, Nº 093, UNAM, México D.F., 2001, pp. 28-43.

FREIDSON, E: *“La Profesión Médica”.* Editorial Península, Barcelona, 1978.

FREUD, A: *El yo y los mecanismos de defensa*, E. Planeta-Agostini, España, 1984.

GALANTE, A: “El trabajo social ante los cambios de paradigmas en la atención de los niños, niñas y adolescentes que usan drogas”. En: MURDOCCA, L. (comp.): *20 años del Consejo en 200 años/200 años en 10 artículos*, Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social, Buenos Aires, 2010.

GALANTE, A; PAWLOWICZ, M.P.; GOLTZMAN, P.: “La reinserción social en las Comunidades Terapéuticas”. En: *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, “Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales”.* Tomo III, pag. 259-260, Facultad de Psicología, UBA, Noviembre de 2010.

GALANTE, A., PAWLOWICZ, M.P., ROSSI D., CORDA, A., TOUZÉ, G. GOLTZMAN, P.: “El fallo Arriola: Debate en torno a la desjudicialización de la atención sanitaria de los usuarios de drogas. En: ARIAS, A.; GARCÍA GODOY, B.; BAZZALO, A. (comp.): *Trabajos seleccionados, IV Encuentro Internacional “Aportes a la construcción de lo público”*, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires, 2012. Disponible en: http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/jornadas/contenidos/47.pdf

GALANTE, A., PAWLOWICZ, M.P.; ROSSI, D., FARAONE, S., GOLTZMAN P., ZUNINO SINGH, D., TOUZÉ, G . SILBERBERG, M., CYMERMAN P.: “La cuestión de las drogas: Paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención”. CD- ROM del *I Congreso Nacional y II Regional de Psicología. “Salud mental: El estado de la cuestión de una cuestión de Estado*”. Facultad de Psicología, UNR. Rosario, Octubre de 2006.

GALANTE, A.; ROSSI D.; GOLTZMAN, P.; PAWLOWICZ, M. P.:“Reducción de daños en el Escenario actual. Un cambio de perspectiva”. En: *Escenarios*, Revista Institucional de la Facultad de Trabajo social de la Universidad Nacional de La Plata, Año 9, Nº 14, Noviembre de 2009, pag. 113-121.

GALENDE, E.: *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica a la razón psiquiátrica*”. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1990.

GLASER, B.; STRAUSS, A.: *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* Aldine Publishing Company, New York, 1967.

GLICK SCHILLER, N; CRYSTAL, S; LEWELLEN, D.: “Risky business: the cultural construction of AIDS risk groups”. En: *Social Science & Medicine*, Vol. 38 Nº 10, Gran Bretaña, 1994.

GONZALEZ, R.: “El modelo argentino de comunidad terapéutica. Origen y actualidad”. En: TOUZÉ, G.; GOLTZMAN, P.: *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Intercambios-UBA., Buenos Aires, 2010.

GONZALEZ, R.; MESSINA, F.; MOYANO, A.; QUESADA, J.; VETERE, R.; CREZZOLI, C.: "Normatividad y aprendizaje". En: DE DOMINICIS, A.; TOUZE, G. (comp.): *Informe final Proyecto AD/ARG/87/525.* Buenos Aires, mimeo, 1990.

GRASSI, E; HINTZE, S.; NEUFELD, M.R.; *Políticas sociales. Crisis y Ajuste Estructural*. Editorial Espacio, Buenos Aires, 1994.

GREGORI, A: "Las comunidades terapéuticas". En: Revista *Hablemos: debate y acción*. Nº3, Pág. 14-19, SE.DRO.NAR., Buenos Aires, octubre de 2005.

GREGORI, A.: "Políticas públicas en adicciones. Secretaría de Programación de la Prevención de las Adicciones y Lucha contra el Narcotráfico." En: TOUZÉ, G.; GOLTZMAN, P.: *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Intercambios-UBA., Buenos Aires, 2010.

GRIMBERG, M.: "*Demanda, negociación y salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990"*. Facultad de Filosofía y Letras-CBC/UBA. Ed. Buenos Aires, 1997.

GOFFMAN, I. *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

GUERRERO, A.: "La Semana que conmovió a la Argentina. A cinco años del supermercadazo". En: Revista *Margen* Nº 6. Buenos Aires, Agosto de 1994.

HOPENHAYN, M.: La droga como gesto en juventudes desencajadas. En: TOUZÉ, G. (comp.): *Visiones y actores del debate. III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Intercambios Asociación Civil-Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires, 2008.

ILLICH, I: *Némesis médica*, Editorial Joaquín Mortiz, México, 1978.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INDEC): (en línea) "Serie histórica de Líneas de Pobreza y Canasta Básica". En: www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=534. (Consulta 8/10/2008.)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA Y CENSOS (INDEC): (en línea) "Serie histórica de Empleo y Desempleo". En http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=34 (Consulta 8/10/2008)

IRIART, C.: "Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. Ciência & Saúde Coletiva 13 (5): 1619-1626, 2008.

ISUANI, E.: "Bismark o Keynes: Quién es el culpable? Notas sobre la crisis de acumulación". En: ISUANI, E.; LO VOULO, R.; TENTI FANFANI, E.: *El Estado Benefactor. Un paradigma en crisis.* Miño y Dávila Editores/CIEPP, Buenos Aires, 1991.

JELSMA, M.: "El desarrollo de la fiscalización internacional de estupefacientes. Lecciones del pasado y desafios estratégicos para el futuro". Serie *Reformas legislativas* Nº10, Transnational Institute, febrero de 2011. Disponible en:
http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/dlr10s.pdf

JONES, M.: “Más allá de la Comunidad Terapéutica”. En: JONES, M.: *Aprendizaje Social y Psiquiatría Social.* Ediciones Genitor, Buenos Aires, 1970.

KAËS, R: “Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones”. En: KAES, R, BLEGER, J., ENRIQUEZ, E., FORNARI, F, FUSTIER, P., ROUSSILLON, R, VIDAL, P.: *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*. Editorial Paidós, Barcelona, 1998-

LAURELL, A. (coord.): “La salud como derecho social a mercancía.” En: *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud.* Ed. Representación Friedrich Ebert Stiftung en México / Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco, 1995.

LOREAU, R: *El análisis institucional*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1988.

MENENDEZ, E.: *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.

MENÉNDEZ, E. “La enfermedad y la curación. “Qué es medicina tradicional? En: *Alteridades* (UAM-Iztapalapa) Año 4 Nº 7, México, 1994.

MENENDEZ, E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En: *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona. Ediciones Bellaterra, 2002.

MENENDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: *Ciência &. saúde coletiva* [online] 2003, vol.8, n.1, pp. 185-207.

MOCHON, F.; BEKER, V.: “El mercado de competencia perfecta”. En: MOCHON, F.; BEKER, V.: *Economía. Principios y aplicaciones,* Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid, 1997.

MOYANO, G., ESCUDERO, J.C. *“La salud: en manos de quién?* En: www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/multisectorial/argentina.doc. (Consulta 11/11/2008).

MULLER, A. G. *Desmantelamiento del Estado de Bienestar en la Argentina.* Cuaderno del CEPED Nº 6. Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2002.

NOVELLI, C: *Drogas, la familia, la sociedad, la Iglesia*. Edición del Programa Andrés. Buenos Aires, sin año de edición.

O´ DONNELL, G.: “Apuntes para unta teoría del Estado”. En: OZLAK, O. (comp.): *Teoría de la Burocracia Estatal*. Paidós, Buenos Aires, 1984.

O´ DONNELL, G.; OSLAK, O.: *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia un estrategia de investigación*. CEDES, Buenos Aires, 1976.

OZLAK, O.: “De menor a mejor: el desafío de la segunda reforma del Estado”. En: Revista *Nueva Sociedad*. Nº 160, Venezuela, 1999.

OZLAK, O.: “Estado y sociedad: Nuevas reglas de juego? En: *Reforma y Democracia* Nº 9, CLAD, Caracas, octubre de 1997.

PANADEIROS, M.: Propuesta de reforma del sistema de salud. En: *Crecimiento y equidad en la Argentina. Bases de una política económica para la década. Síntesis y Propuestas*. FIEL, Buenos Aires, 2001.

PARAJÚA, A.S.; PAWLOWICZ, M.P.; GALANTE, A.; ROSSI, D.; GOLTZMAN, P.; TOUZÉ, G. "Irrupción de la pasta base de cocaína. El impacto en las representaciones sociales y en los dispositivos desde los discursos de los especialistas". En Revista *Diagnosis* Vol.7 Octubre de 2010.

PARSONS, T.: *El sistema social*. Madrid, Alianza, 1982. Cap.

PAVARINI, M.:"Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales" En: *Margen.* Edición N 6, Buenos Aires, agosto de 1994.

PAWLOWICZ, M.P.; GALANTE, A.; GOLTZMAN, P.; ROSSI, D.; CYMERMAN, P.; TOUZÉ, G.: "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos". En: BLANCK, E. (coord.): *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la ley nacional nº 26.657.* Eudeba, Ministerio Público Tutelar de la CABA, Buenos Aires, 2011. Disponible en: http://asesoria.jusbaires.gob.ar/sites/default/files/06_Panoramicas_salud_mental.pdf

PAWLOWICZ, M.P.; GALANTE, A.; ROSSI, D.; GOLTZMAN, P.; TOUZÉ, G.:"La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas". CD-ROM *II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina "Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/Juventud. La importancia del conocimiento situado"*. Salta, octubre de 2010.

PAWLOWICZ, M.P.; TOUZÉ, G.; ROSSI, D.; GALANTE, A.; GOLTZMAN, P.; RECCHI, J; CYMERMAN, P. "Dispositivos de intervención con usuarios de drogas. Los operadores socioterapéuticos y las disputas en el campo de los especialistas". En: PECHENY, M.; CAMAROTTI, AC; WALD, G.: *VII Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población,* CD-ROM, UBA, Buenos Aires, 2007.

PICHOT, P, LÒPEZ IBOR-ALIÑO J, VALDÉS MIYAR, M. (coordinadores de la versión española de la cuarta edición de la obra original de la American Psychiatric Association). *DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales,* Editorial Masson S.A, Barcelona. 1995.

RECALDE H. "*La Salud de los Trabajadores en Buenos Aires (1870-1910) a través de las fuentes médicas"*, Grupo Editor Universitario, 1997.

ROSSI, D.: "Consumo y tráfico de drogas en territorios empobrecidos". En: *Encrucijadas,* Universidad de Buenos Aires, 2009, Buenos Aires, vol. nº 48 p 27-30.

ROSSI, D., PAWLOWICZ MP, ZUNINO SINGH, D.: "Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud". Serie Documentos de Trabajo. Ed. Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Buenos Aires, 2007.

ROSSI, D.; TOUZÉ, G.: “Derechos humanos, uso de drogas y VIH-SIDA”. En: SOROKIN, P. (comp.): *Drogas, mejor hablar de ciertas cosas.* Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires, 1997.

SAMAJA, J. A.: *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Colección Temas, EUDEBA, Buenos Aires, 1993.

SARACENO, B. *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible,* Editorial Pax, México, 2003.

SCHITTAR, L. "La ideología de la comunidad terapéutica", en: Basaglia, Franco*: La Institución Negada,* Ediciones Corregidor, Buenos Aires, 1972.

SONTAG, S.: *El sida y sus metáforas*. Editorial Muchnik, Barcelona, 1989.

STRADA SAENZ, G.: “Estado y mercado”. En: PINTO, J. (comp.): *Introducción a la Ciencia Política.* Eudeba, Buenos Aires, 2000.

TENTI FANFANI, E.: *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención/1*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1989, Cap.

TESTA, M.: *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud).* Lugar Editorial. Buenos Aires, 1995.

THWAITES REY, M.: “Ajuste estructural y reforma del Estado en la Argentina de los ´90.” En: *Realidad Económica* Nº 160/161. Buenos Aires, noviembre 1998-febrero 1999.

TOBAR, F.: “Breve Historia de la prestación de servicio de salud en la Argentina”. En: GARAY, O.: *Responsabilidad profesional de los médicos*, Editorial La Ley, Buenos Aires, 2002. Disponible en:
http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria12.pdf

TOUZÉ, G.: *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína.* Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires, 2006.

TOUZÉ, G.: “La construcción social del problema `droga´”. En: MEDINA, P.; THIVIERGE, G. (ed.): *La investigación en toxicomanía.* Estado y perspectivas. FIUC-GRITO-FUNLAM, Medellín, 1996.

VARELA, C. “La entrada al terreno institucional.” En: *Tramas. Subjetividad y procesos sociales.* México. Nº 21, pp 219-237, 2004.

VELASQUEZ RIVERA, E.: Historia de la Doctrina de la Seguridad Nacional. En Convergencia, enero-abril, año 9 Nº 27. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, Toluca, México, 2002, pp 11-39.

VILA, M.: “Aspectos biomédicos y problemas de salud asociados” En TOUZÉ, G.(org.): *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*, Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires, 2006.

VILLARREAL, J.; JOZAMI, E.; PAZ, P.: *Crisis de la Dictadura Argentina. Política económica y cambio social: 1976-1983*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires, 1987.

VILLORIA MENDIETA, M.: "Control democrático y transparencia en la evaluación de políticas públicas", Ponencia en el *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.* Lisboa, Portugal, 8-11 Octubre de 2002.

VIRGOLINI, J.: "Demonios en el jardín. La nueva ley antidrogas (Ley 23737)". En:

Doctrina Penal, 1989, 12, 721-751.

INFORMES Y DOCUMENTOS

BANCO MUNDIAL**:** *Invertir en Salud- Informe sobre el Desarrollo Mundial* Capítulo: "Panorama General", Washington, 1993.

CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACION PARA EL DESARROLLO (CLAD): *Una nueva gestión pública para América Latina*, 1998. Disponible en: http://www.clad.org/documentos/declaraciones/una-nueva-gestion-publica-para-america-latina/view

FEDERACION DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE LA ARGENTINA (FONGA): *La Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina ante el fallo de la Corte Suprema de Justicia y la propuesta de una nueva política de drogas. Por el futuro y el derecho a la vida de todos los ciudadanos.* Buenos Aires, 2009. Disponible en: http://www.fonga.org.ar/index.php?option=com_acajoom&act=mailing&task=view&listid=2&mailingid=8&Itemid=999 Fecha de consulta [15 de abril de 2011].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): *Programa sobre Abuso de Sustancias. Evaluación de la Asistencia dispensada en el Tratamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas*, (WHO_PSA_93.5), Washington, 1994.

LEGISLACION ARGENTINA

Leyes

Ley 10.903 Patronato de Menores, 1909.

Ley 17.711 Reforma al Código Civil y a Normas Complementarias, 1968.

Ley 20.771 Ley de Estupefacientes. Régimen Penal, 1974.

Ley 22.914 Internación y egresos de establecimientos de salud mental, 1982.

Ley 23.737 Régimen Penal de Estupefacientes, 1989.

Ley 24.455 Cobertura en las obras sociales a enfermos de sida y drogadependencia, 1995.

Ley 24.754 Régimen aplicable a la medicina prepaga, 1997.

Ley 26.061 Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes, 2005.

Ley 26.657 Salud Mental, 2010.

Decretos/Resoluciones

Decreto 271/89 Creación de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SE.DRO.NAR.). Decreto 649/91 Aprobación de la Estructura organizativa de la SE.DRO.NAR.

Decreto 580/95 Reglamentación de la ley 24455

Decreto 623/96. Instrucciones y reglamentos para ejecutar la política de prevención integral en materia de elaboración del Plan Federal de Prevención Integral de la Drogadependencia y de Control del Tráfico Ilícito de Drogas.

Decreto 1119/96. Conformación de un Comité de Trabajo Conjunto compuesto por representantes de los Ministerios de Salud y Acción Social, Justicia, de la SE.DRO.NAR. y de la ANSSAL

Decreto 1339/96. Aprobación de lo actuado por la SE.DRO.NAR. ante la CICAD en su Vigésimo Período Ordinario de Sesiones celebrado en la Ciudad de Buenos Aires.

Decreto 342/97. Ampliase el Comité de Trabajo Conjunto creado por el Decreto 1119/96 para posibilitar la evaluación y el seguimiento permanente de la aplicación de la Ley 23.737, sus modificatorias y concordantes.

Resolución 41/92 SE.DRO.NAR. Programa de Subsidio para asistencia individual en el tratamiento con internación en organismos no gubernamentales de drogadependientes de bajos recursos económicos.

Resolución 81/92 SE.DRO.NAR. Creación del Comité de Ayuda Asistencial.

Resolución 432/92. Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Resolución Conjunta 160-3/95 Ministerio de Salud y Acción Social-SE.DRO.NAR.: Normatización de los Establecimientos Preventivo Asistenciales en Drogadependencia.

Resolución 247/96. Programa Médico Obligatorio. Ministerio de Salud y Acción Social.

Resolución 709/97. Programa de cobertura de VIH-SIDA y drogadependencia, ANSSAL.

Resolución Conjunta 359-151/97 Ministerio de Salud y Acción Social-SE.DRO.NAR. Creación de un subcomité de trabajo conformado por representantes de ambos organismos.

Resolución Conjunta 361-153/97 Ministerio de Salud y Acción Social-SE.DRO.NAR.. Normas de categorización para aquellos establecimientos que brindan servicios Preventivo-Asistenciales en Drogadependencia.

Resolución Conjunta 362-154/97 Ministerio de Salud y Acción Social-SE.DRO.NAR.. Aprobación del Programa Terapéutico Básico para el Tratamiento de la Drogadicción para obras sociales y empresas de medicina prepaga, 1997.

Resolución Conjunta 201-51/98 Ministerio de Salud y Acción Social-SE.DRO.NAR.. Incorporación de las Normas de Funcionamiento de los organismos que prestan servicios como Centros Preventivos Asistenciales de la Drogadependencia y el Programa Terapéutico Básico para el Diagnóstico y el Tratamiento de la Drogadicción en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Acuerdos internacionales:

Estrategia antidrogas en el Hemisferio. CICAD. Buenos Aires, 1996.

JURISPRUDENCIA

CSJN. 29/08/1986. "Bazterrica, Gustavo, s/tenencia de Estupefacientes".

CSJN. 29/08/1986. "Capalbo, Alejandro, s/tenencia de Estupefacientes".