



17th St. & Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20006
Estados Unidos de América

**COMISIÓN INTERAMERICANA PARA EL
CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS**

Organización de los Estados Americanos

T. 202.458.3000
www.oas.org

CICAD

Secretaría de Seguridad Multidimensional

QUINCUAGÉSIMO TERCER PERÍODO ORDINARIO DE SESIONES
Del 20 al 22 de mayo de 2013
Washington, D.C.

OEA/Ser.L/XIV.2.53
CICAD/doc.2020/13
15 de mayo de 2013
Original: Español

**LINEAMIENTOS HEMISFÉRICOS DE LA CICAD PARA LA CONSTRUCCIÓN
DE UN MODELO INTEGRAL DE ABORDAJE COMUNITARIO
PARA LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS**



17th St. & Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20006
Estados Unidos de América

Organización de los Estados Americanos

T. 202.458.3000
www.oas.org

XIV Reunión del Grupo de Expertos en
Reducción de la Demanda
Octubre 2-5, 2012
Washington DC, Estados Unidos de América

OEA/Ser.L/XIV.4.14
CICAD/RDEX/doc.03/12.rev1
15 de mayo de 2013
Original: Español

**LINEAMIENTOS HEMISFÉRICOS DE LA CICAD PARA LA CONSTRUCCIÓN
DE UN MODELO INTEGRAL DE ABORDAJE COMUNITARIO
PARA LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS**

Índice

1. Antecedentes	4
1.1. Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2010)	4
1.2. Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2011)	4
1.3. 48 y 49 Períodos Ordinarios de Sesiones de la CICAD	4
1.4. XIII Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda	5
1.5. Reunión del Grupo de Trabajo – Santiago de Chile	5
2. Marco de política	6
2.1. Recomendaciones a los Estados Miembros.....	6
2.2. Recomendaciones a la Secretaría Ejecutiva de la CICAD.....	7
2.3. Consideraciones generales	7
3. Principios básicos de los programas de prevención, enfoque de riesgo y promoción de la salud	8
3.1. Prevención primaria, secundaria y terciaria	10
3.2. Prevención universal, selectiva e indicada	11
3.3. Enfoque de riesgo y protección	13
3.3.1 Enfoque de riesgo y protección individuales	14
3.3.2. Enfoque de riesgo y protección de la comunidad	15
3.4. Promoción de la salud.....	16
3.4.1. Hacia un modelo basado en la promoción de la salud	17
3.4.2. Diferencias entre el modelo de prevención de enfermedades y el de promoción de la salud.....	19
4. Principios básicos de los programas de intervención temprana, tratamiento, rehabilitación e integración social dirigidos a la comunidad	22
4.1. Resumen de respuestas socio-sanitarias brindadas a los consumos problemáticos de drogas	25

4.2. Especificidad y diferencias en las respuestas a los consumos problemáticos de drogas	28
4.2.1. Programas con objetivos de tratamiento de bajo umbral	28
4.2.2. Programas con objetivos de tratamiento de alto umbral	30
5. Modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas	34
5.1. Hacia la construcción de un abordaje comunitario basado en la integralidad	34
5.2. Consideraciones para el abordaje de las vulnerabilidades sociales	41
5.3. El cuidado: saberes y prácticas. Una categoría ampliada.....	42
5.4. Consideraciones generales y paso a paso de las respuestas integrales y comunitarias aplicadas a la reducción de la demanda de drogas	43
5.4.1 Consideraciones generales	43
5.4.2. Paso a paso del proceso de lo comunitario	43
5.4.2.1. IDENTIFICAR los problemas de la comunidad	45
5.4.2.2. IDENTIFICAR la “comunidad”	46
5.4.2.3. REUNIR. La importancia de conocer las respuestas comunitarias	46
5.4.2.4. ORGANIZAR. Sensibilización y capacitación de los profesionales, referentes, operadores comunitarios, líderes comunitarios y miembros de la comunidad ...	47
5.4.2.5. FORTALECER Y ARTICULAR. Poner en diálogo las respuestas preexistentes con las necesidades de la comunidad	48
5.4.2.6. TRABAJAR en el diseño y en el plan de acción	49
5.5. Evaluación de los modelos de abordaje comunitarios	49
5.5.1. La evaluación participativa	49
5.5.2. Tipos de evaluación	50
6. Bibliografía.....	51

1. Antecedentes

1.1. Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2010)¹

Desde su constitución en el año 1986, la CICAD ha contado con una Estrategia Hemisférica sobre Drogas y su correspondiente plan de acción. En el año 2010 y bajo consenso de todos los Estados Miembros se establece la Estrategia para el 2010 – 2015 en donde se recogen las diferentes líneas que se deben contemplar al abordar el fenómeno de las drogas. En el caso de Reducción de la Demanda, se definen trece directrices que deben ser contempladas en el que hacer quehacer tanto de la Secretaría Ejecutiva como de los Grupos de Expertos y los Estados miembros.

En esta estrategia se reconoce el consumo de drogas como una enfermedad crónica y recurrente y como tal debe ser tratada por los mecanismos e instituciones responsables y competentes teniendo en cuenta las implicaciones bio-psico-sociales. De la misma manera se establece la necesidad de abordar poblaciones gravemente excluidas a través del continuo preventivo en Reducción de la Demanda, iniciando desde la prevención universal hasta la rehabilitación e integración social de los individuos consumidores y sus familias a través del trabajo en el ámbito comunitario, escolar, laboral y familiar.

1.2. Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2011)²

Este plan de acción ha sido Adoptado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en su cuadragésimo noveno período ordinario de sesiones, mayo de 2011 y adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en su cuadragésimo primer período ordinario de sesiones en San Salvador, El Salvador, junio de 2011. En el área de Reducción de la Demanda, dicho plan de acción cuenta con once (11) objetivos concretos y sus respectivas acciones que buscan la puesta en marcha de las directrices trazadas por la Estrategia Hemisférica Sobre Drogas 2010 – 2015. En el marco de los desarrollos trazados y definidos por los Grupos de Expertos se debe intentar dar seguimiento al plan de acción con el fin de garantizar su implementación en los Estados miembros.

1.3. 48 y 49 Períodos Ordinarios de Sesiones de la CICAD

Durante su cuadragésimo octavo período ordinario de sesiones, celebrado del 6 al 8 de diciembre de 2010 en Washington, D.C., la Comisión eligió a Estados Unidos para ocupar la presidencia del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda, en la persona del Sr. David Mineta, Subdirector de Reducción de la Demanda de la Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP). Asimismo, la Comisión eligió a Brasil para ocupar la vicepresidencia del Grupo de Expertos sobre Reducción de la Demanda, en la persona de la Dra. Paulina Duarte, Directora de la Secretaría

¹http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/strategy_2010_spa.asp

²http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/main/aboutcicad/basicdocuments/plan-action_spa.asp

Nacional de Política de Drogas (SENAD). El Presidente entrante expresó su apoyo a la labor del Grupo y su plan de formular recomendaciones de política más relevantes para los Estados miembros, en especial a nivel comunitario.

Durante el cuadragésimo noveno período ordinario de sesiones de la CICAD en mayo de 2011, la presidencia del Grupo de Expertos presentó su plan de trabajo para el 2011 – 2012 donde, siguiendo lo establecido por la estrategia hemisférica sobre Drogas y el correspondiente plan de acción, se define el desarrollo de Lineamientos Hemisféricos y Recomendaciones en los siguientes temas: *Comunidades integradas, Conducción de vehículos bajo el efecto de las drogas, Marco de información para la elaboración de políticas en reducción de la demanda y Prevención del abuso de drogas de prescripción médica.*

Dichos documentos serían trabajados por el Grupo de Expertos para ser presentados a la Comisión con el fin de ser aprobados y adoptados por los Estados miembros.

1.4. XIII Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda.

Del 27 al 29 de septiembre de 2012 se llevó a cabo la XIII Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda en donde se presentaron las bases de cada uno de los temas a desarrollar. Dichas bases fueron trabajadas en conjunto entre la Presidencia (Estados Unidos) y la Vice Presidencia (Brasil) del Grupo de Expertos y la Unidad de Reducción de la Demanda de la CICAD. Para efectos del presente documento, y una vez presentadas las experiencias y la guía base, los representantes de los países solicitaron participar en la elaboración del mismo con el fin de poder crear un lineamiento integral y hemisférico y que incorporara las experiencias trabajadas por ellos en el ámbito comunitario. Los Estados miembro que se postularon para trabajar en dicha iniciativa fueron: Argentina, Brasil (VP), Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Estados Unidos (P). De la misma manera, la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias (RIOD) solicitó su participación en este trabajo como representantes esenciales de la sociedad civil.

1.5. Reunión del Grupo de Trabajo – Santiago de Chile.

Teniendo en cuenta lo establecido durante la XIII Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda, la Unidad de Reducción de la Demanda de la Secretaría Ejecutiva de la CICAD convoca a los países e instituciones que se postularon para trabajar en el desarrollo de este documento para designar un representante que pudiese aportar las experiencias y conocimiento técnico necesario para la elaboración de este producto. De la misma manera, y teniendo en cuenta el rol fundamental que juega la sociedad civil en este proceso, se convoca a la RIOD para contribuir en el desarrollo de este documento a través de algunos representantes y asesores miembros de la Red. Tanto los países mencionados, como los representantes de la RIOD y la CICAD se reúnen en Santiago de Chile en abril de 2012 con el fin de analizar las diferentes estrategias e intervenciones comunitarias que han llevado a cabo en sus respectivos países y en diversas realidades locales de

las cuales se desprende este documento *“Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un modelo comunitario en Reducción de la Demanda”*.

2. Marco de política

2.1. Recomendaciones a los Estados Miembros³

- Las respuestas que busquen abordar el consumo problemático de drogas deben estar orientadas desde una perspectiva integral, basada en los derechos humanos, contemplando las dimensiones económica, legal, psicológica, sanitaria, social, cultural y educativa. De este modo se garantiza un abordaje integral a esta problemática. Los abordajes diferentes deben poder articularse desde las distintas áreas ministeriales de los gobiernos. Para ello es fundamental que se cuente con los recursos presupuestarios necesarios para estas tareas.
- Una política de drogas que pretenda una inserción de largo alcance en la sociedad debe articular necesariamente el ámbito de lo público con la sociedad civil, y conformarse como una política de Estado, quedando resguardada de los avatares político - institucionales y asegurando su continuidad en el tiempo.
- En la actualidad se ha incrementado la demanda de tratamientos específicos para personas con consumos problemáticos de drogas. Sin embargo, muchos ciudadanos en la región siguen presentando carencias en la atención. Por ello es fundamental establecer políticas públicas que tengan en cuenta estas falencias y que contemplen como parte fundamental de las respuestas la movilización de la sociedad en su conjunto así como también la articulación entre los diferentes actores y las instituciones que dan respuesta a estas problemáticas.
- De este modo, es importante replantearse el rol de Estado en el abordaje del tratamiento y la prevención de los consumos problemáticos de drogas desde los desafíos actuales que se nos imponen. Esto no argumenta que debemos desconocer o desprestigiar los esfuerzos y acciones que se han logrado hasta el momento. La experiencia e infraestructura que tanto el sector público, como las ONG, como los diversos actores han consolidado deben ser el punto de partida de cualquier política de drogas.
- Un objetivo que no deben descuidar las políticas de los Estados es trabajar desde una perspectiva de prevención integral. Esto hace referencia a la escasa cobertura que alcanzó el área de prevención, lo que llevó a que estas actividades, tanto del ámbito público como

³ Estas recomendaciones fueron elaboradas teniendo en cuenta el documento de FONGA *Lineamientos para una comprensión integral del problema de las drogas. Educación, prevención y asistencia en adicciones desde la perspectiva de las organizaciones no gubernamentales*. Junio, 2010 y los *Principios básicos del tratamiento y la rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio de la CICAD*, 2009.

privado, no tengan buena cobertura; en muchos casos cuentan con escasos presupuestos y con una falta considerable en la planificación y ejecución de dichos programas.

2.2. Recomendaciones a la Secretaría Ejecutiva de la CICAD

- La política social sobre drogas no debe perder de vista que los consumidores de drogas son ciudadanos y como tales, se les debe garantizar sus derechos (acceso a la salud y a tratamientos, evitar los daños sociales y de salud de los mismos, modificar la estigmatización que sufren por ser consumidores de drogas).
- Es necesario acompañar a los Estados en una planificación técnica de las actividades preventivas, dentro de estructuras que permitan la sostenibilidad de los diferentes programas, incluyendo para eso la movilización social.
- Es imprescindible trabajar con los Estados en la optimización de los recursos destinados a los programas que abordan el consumo de drogas y a través de la evaluación y sistematización de los resultados de los mismos.
- Es fundamental que se promueva la coordinación/conciliación de las diferentes lógicas que hasta el momento vienen trabajando esta problemática, haciendo que se coordinen y dejen de verse como una competencia, evitando el descrédito y la disminución de su efectividad.
- Es relevante tener un registro de instituciones y de los diferentes actores que se ocupan del tema así como también una sistematización de experiencias/saberes de los países, es decir, los caminos recorridos hasta el momento y lo que queda por recorrer.

2.3. Consideraciones generales

- Reconocer al individuo inmerso en espacios que se relacionan e interactúan y sobre los que hay que intervenir en conjunto.
- Reconocer al individuo como un ser integral que también es parte de la solución.
- Reconocer los procesos de construcción social al momento de intervenir en las problemáticas socio-sanitarias.
- Reconocer el impacto del consumo de drogas en las estructuras sociales, económicas y políticas.
- Entender la dependencia de drogas de un modo multisectorial e interdisciplinaria por su impacto socio-sanitario y económico, reconociendo las diferencias sociales, culturales y étnicas entre los países y al interior de cada país.
- Continuar promoviendo los discursos alejados de las miradas estigmatizantes hacia los consumidores de drogas.
- Ampliar los servicios de tratamiento a la población que consume sustancias psicoactivas.

- Reconocer y fomentar la creación de diferentes servicios y dispositivos de base comunitaria.
- Trabajar desde una perspectiva de Derechos Humanos.
- Tener en cuenta las diferencias de género.
- Trabajar con poblaciones indígenas.
- Promover una visión integradora a través de sistemas de dispositivos de comunicación, interacción y participación.
- Desarrollar herramientas y mecanismos de participación comunitaria para concretar acciones.
- Mitigar los riesgos y las consecuencias adversas asociados al consumo de drogas.
- Fomentar la integración de servicios a través de la conformación de redes de protección social.
- Promover el trabajo conjunto y participativo entre diversos actores con intereses distintos pero con intenciones de cooperar.
- Involucrar a miembros de la comunidad en los equipos de prevención e intervención.
- Promover políticas descentralizadas que respondan a las necesidades sociales de cada país a través de planes, programas y proyectos en asociación con la sociedad civil.
- Desarrollar diagnósticos participativos locales con enfoque cualitativo que permitan conocer las realidades de los actores, los sentidos y los significados que éstos les confieren a sus consumos de drogas.
- Promover iniciativas de cooperación horizontal e intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los países.
- Incluir de manera transversal y especializada formación en reducción de la demanda en capacitaciones afines con los procesos de movilización comunitaria.
- Garantizar la sostenibilidad de los programas, su monitoreo y evaluación.
- Promover políticas de capacitación especializada en la prevención, tratamiento y rehabilitación del abuso de drogas para personal de salud.
- Trabajar en tratamiento móvil.

3. Principios básicos de los programas de Prevención, Enfoque de riesgo y Promoción de la salud

Desde hace un siglo aproximadamente tanto desde la medicina como desde el derecho comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad “anti-social”. Algo que hasta ese momento no era

concebido como problema social comenzó a serlo. El argumento sobre la peligrosidad y la amenaza hacia terceros que genera el consumo de drogas fue el más utilizado para justificar los tratamientos que recomendaban los especialistas para los adictos a las drogas.

Las acepciones de los términos “toxicómano”, “adicto”, “drogadependiente” o “drogadicto” también responden a construcciones que varían a lo largo de la historia y que refieren a los diferentes grupos sociales que los expresan. Analizar estos conceptos implica dar cuenta de los diferentes modelos ideológicos que subyacen al análisis. La principal diferencia entre ellos es el grado de relevancia que otorgan a cada uno de los elementos interactuantes –droga, sujeto, contexto– desprendiéndose por tanto medidas sociales, preventivas, legislativas y sanitarias de muy diversa índole en función del enfoque que se tenga en cuenta.

El modelo que se denomina *ético-jurídico* fue el primero en dar respuesta y en intentar abordar esta problemática. El mismo está centrado en la sustancia como referente y enfatiza las medidas legales y penales. El usuario de drogas es percibido como un “delincuente” que infringe la ley. Como “la droga” se trata bajo el prisma del delito, conlleva a la criminalización y a la estigmatización de los usuarios, a la vez que produce la creación de un mercado negro cada vez más poderoso.

Para el modelo *médico-sanitario*, en cambio, el “drogadicto” es considerado un “enfermo” al que hay que curar (diagnosticar, prescribir y tratar) y re-insertar en la sociedad. En las primeras cinco décadas del siglo pasado la intervención médica tuvo un papel central pero quedó opacada a causa de la importante presencia social que fue adquiriendo el modelo anterior. Hacia el inicio de la década de los ´70 fue surgiendo con fuerza la idea de que los drogadictos no eran delincuentes sino enfermos, por esta razón debían introducirlos en los dispositivos médicos que implicaban su institucionalización, como enfermos primero, como convalecientes más tarde y en algunos casos, a mitad de camino entre la re-inserción y la manifestación de una cierta cronicidad, lo cual les otorgaba un nuevo rol social como “ex drogadependientes” o “adictos en recuperación” (Romaní, 1999).

En las últimas décadas se han producido en nuestras sociedades cambios económicos y sociales que llevaron a transformar las trayectorias más o menos previsibles de las personas en recorridos vitales en los que predomina la incertidumbre. Los vínculos de integración social se han vuelto más frágiles y la sociedad está atravesada por múltiples ejes de desigualdades y de diversificación, así como por múltiples situaciones de exclusión y vulnerabilidad. Esto hace que los diagnósticos de los problemas sociales sean más complejos, del mismo modo que la búsqueda de soluciones.

Si bien el consumo problemático de drogas es una práctica de larga data, en la actualidad ha cobrado mayor presencia en la vida social, tanto por su expansión como por las consecuencias que

acarrea a nivel individual y social, siendo uno de los principales temas de preocupación en casi todos los países de la región.

En esta parte del documento nos parece oportuno analizar los diferentes marcos teóricos que subyacen a las respuestas que se han venido ofreciendo a los consumos de drogas. A continuación analizamos socio-históricamente los diversos enfoques que se fueron desarrollando en la región: prevención, enfoque de riesgo y promoción de la salud.

3.1. Prevención primaria, secundaria y terciaria

Según la clásica definición de Gerald Caplan (1980), la prevención puede categorizarse en primaria, secundaria y terciaria, para referirse a interconexiones del sistema de salud y anteriores a la aparición de un daño o enfermedad, a la atención del mismo una vez que se ha instalado y a la recuperación a posteriori de su tratamiento. Estos tres niveles, aplicados a la prevención de las drogadependencias se definieron de la siguiente manera: La prevención primaria parte de la suposición de que aún no hay consumo, por lo que se deben emplear herramientas que eviten el inicio del mismo; la prevención secundaria entonces, debería identificar los casos en los que ya hay consumo y donde la prevención primaria no tuvo efecto, con el fin de tratarlo y evitar otros riesgos asociados o patologías médicas y psiquiátricas que se puedan desencadenar por el consumo. Finalmente, en la prevención terciaria, lo que se intenta es rehabilitar al consumidor y evitar recaídas.

Desarrollos posteriores han complejizado el abordaje de esta temática introduciendo otros esquemas y desarrollos.

Plantearemos a continuación la aplicación del esquema clásico de la prevención primaria, secundaria y terciaria del tema del consumo de drogas y luego expondremos los desarrollos posteriores.

Prevención primaria

Evita la aparición del problema o reduce su incidencia, con la intervención de agentes de salud que trabajan en la comunidad. Puede ser específica, si su acción está dirigida a evitar una enfermedad o un grupo de enfermedades en particular, como cuando se aplican inmunizaciones; o inespecífica, por ejemplo a través de orientar para el uso del tiempo libre o para el mejoramiento de la calidad de vida.

En el caso del consumo problemático de drogas se hace prevención primaria específica cuando se desarrollan programas centrados en brindar información sobre las drogas o en fortalecer actitudes que eviten el consumo. Se trabaja en prevención primaria inespecífica cuando se organizan, por ejemplo, actividades deportivas, culturales o laborales continuadas, que funcionan como recursos que logran motivar suficientemente a la población para alejarlos de consumir drogas.

La prevención inespecífica está presente cuando se favorece la integración social a través de la participación responsable, la actitud crítica y el respeto por las diferencias, proponiendo actividades relacionadas con los deseos de las personas, de modo de que tengan la oportunidad de encontrar espacios que propicien su bienestar.

Desde la década de los ´80 la prevención específica en los temas que nos ocupan ha sido cuestionada. Como dice Mario Picchi (1990) no puede hacerse prevención hablando de drogas: es indispensable aumentar la autonomía intelectual en los jóvenes de modo que puedan discernir y elegir frente a la manipulación, la presión del grupo, la homologación de la masa; la prevención es algo que no se delega, la hace todos los días quienes están en contacto con los grupos sociales.

La idea es que más allá de brindar información, lo importante es que ésta se encuentre contextualizada, resulte de interés para los grupos con los que se está trabajando y se inserte junto a otras actividades preventivas.

Prevención secundaria

Se basa en el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado de los diversos trastornos de salud. Se lleva a cabo al realizar un diagnóstico que permite una temprana identificación del daño y un tratamiento precoz. Los diversos tratamientos psicológicos, las comunidades terapéuticas y los programas de mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas para consumidores problemáticos de drogas son ejemplos de este tipo de prevención.

Prevención terciaria

Busca la rehabilitación y/o la reinserción social, una vez declarado el problema. La terapia física, la ocupacional y la psicológica tratan de conseguir que los individuos se adapten a su situación y puedan ser y sentirse útiles a sí mismos y a la sociedad. Los programas llamados de “reinserción social”, desarrollados en algunas comunidades terapéuticas como última fase del tratamiento, son un ejemplo de este tipo de prevención.

Es importante entender que no todos los consumos de drogas deben pasar por las etapas secundaria y terciaria de prevención. En muchos casos en los cuales los consumos no son abusivos o no generaron dependencia y/o en los que las redes familiares y/o afectivas están consolidadas, no es necesaria la etapa de rehabilitación o de reinserción social.

3.2. Prevención universal, selectiva e indicada

Por otra parte, encontramos la propuesta planteada por el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, que se divide en tres partes: prevención, tratamiento y rehabilitación. A su vez, el nivel de prevención está dividido en tres niveles diferentes conocidos como la prevención *universal, selectiva e indicada*.

Prevención universal

Pretende abordar el total de la población. Es decir, abarca la prevención en todos los ámbitos, desde la escuela, pasando por la comunidad, la familia, el trabajo y demás espacios posibles sin discriminar edad, grupo social, género etc. En este nivel de prevención se interviene mediante la difusión de información y la enseñanza de habilidades que disminuyen las posibilidades de consumir drogas. Se asume que el riesgo de consumir drogas es igual para toda la población sin necesidad de hacer un tamizaje que determine quienes tienen mayor o menor riesgo de consumo. Estas estrategias se implementan en grandes grupos y basándose en el supuesto de que todos los receptores pueden beneficiarse de las mismas.

Prevención selectiva

Se trabaja con las poblaciones que pueden estar en mayor riesgo de consumir a partir de subgrupos según una serie de características que pueden tener bases biológicas, psicológicas, sociales o ambientales. Por ejemplo, se pueden contemplar niños de padres alcohólicos, jóvenes fuera del sistema educativo, jóvenes en situación de calle, individuos abusados física o psicológicamente, o grupos en vulnerabilidad social. El riesgo es calculado igual para todos dentro de su propio subgrupo solo por el hecho de pertenecer a él, independientemente de que pueda haber ya presencia de consumo, como puede pasar en algunos casos.

Prevención indicada

La prevención indicada es apropiada para personas o grupos que consumen alcohol u otras drogas aun cuando las características de dichos consumos no presenten los síntomas clasificados en el DSM-IV y el CIE-10. Es decir, a pesar de que los consumos de drogas no sean considerados problemáticos este tipo de prevención busca anticiparse en el trabajo preventivo con estos grupos. En estos casos, las estrategias tienden a enfocarse más en trabajar la conducta del individuo que en revisar los factores ambientales o familiares que rodean al individuo.

Nos parece importante remarcar que, según los resultados de las investigaciones, la mayoría de los consumos juveniles en nuestra sociedad son experimentales, por curiosidad o por presión de los pares, lo que está evidenciando que la manera de abordarlo y anticiparlo es con un trabajo basado en la prevención primaria. En este sentido, es muy importante poder trabajar con las personas en proyectos que los hagan reflexionar en torno al consumo problemático de drogas, que les muestren los intereses que se ubican detrás de los mismos. Es decir, los proyectos elaborados por ellos y “acompañados” por docentes, profesionales de la salud, promotores y referentes comunitarios son la clave para que resulten creíbles y acordes a sus realidades. Asimismo, estos referentes deben tener conocimiento de los diferentes tipos de respuestas socio-sanitarias existentes en sus contextos para aquellos casos que necesitan llevar a cabo la prevención secundaria. Debemos tener en cuenta que ni todos los tratamientos son iguales ni todas las

personas que llevan a cabo consumos de drogas problemáticos necesitan las mismas respuestas. Tener la información sobre la existencia de diferentes tratamientos y establecer un buen diagnóstico de cuál es la respuesta que se necesita puede evitar que la persona tenga que transitar por diferentes dispositivos de tratamientos recayendo en el consumo una y otra vez. En muchos casos las recaídas se deben más a la falta de adecuación del tratamiento que a la falta de voluntad de una persona en dejar de consumir drogas.

3.3. Enfoque de riesgo y protección

Otra dimensión a tener en cuenta en relación con la prevención es lo que se denomina el enfoque de riesgo. Desarrollado por los epidemiólogos y los médicos sanitarios, este enfoque consiste en asociar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de *factor de riesgo*, definido como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito como la drogadicción.

Desde este abordaje se pretende enfrentar la enfermedad y reducir los daños asociados a la misma a través de la clasificación de los diferentes grupos sociales según el grado de vulnerabilidad en que se encuentran. En este sentido, se entiende que éste es un enfoque que se aplica principalmente en la atención primaria dado que permite establecer cuáles son las prioridades de atención en el momento en que se ha establecido el nivel de riesgo.

Para evaluar el riesgo en que se encuentra cada una de las personas de una comunidad, partiendo de la base de que no todas afrontan los mismos riesgos, se toman en consideración los factores protectores y los factores de riesgo. Es posible analizar estos factores bajo diferentes dimensiones: lo personal, el entorno familiar, lo social inmediato y el entorno sociocultural de cada uno de los individuos.

Los factores de riesgo comprenden todas las condiciones ambientales, sociales, económicas, biológicas y las mismas conductas que están asociadas con el aumento de la vulnerabilidad en relación con las situaciones o conductas de riesgo. Los factores de protección hacen referencia a todas aquellas características individuales, sociales o ambientales que reducen las posibilidades de que una persona tenga comportamientos de riesgo tales como el consumo de drogas, o si presenta un consumo ocasional, que éste pueda llegar a convertirse en un consumo problemático. Es importante aclarar que los factores de protección no siempre son lo contrario de los factores de riesgo.

Por lo anterior se puede decir que los programas de prevención basados en el enfoque de riesgo deben identificar cuáles son los factores de riesgo que pueden existir en la población objetivo con el fin de llevar a cabo estrategias que tendientes a atenuar el impacto de los mismos. De la misma manera se deben identificar los factores protectores.

La incorporación del concepto de *factores protectores* ha enriquecido la utilidad de este enfoque y, a diferencia del enfoque de riesgo, ha permitido no estigmatizar a las personas consumidoras, ya que se pone el énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención de posibles daños. Los

factores protectores facilitan el logro o mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características de los microambientes (familia, escuela, etc.) y/o en las instituciones más amplias de la comunidad (educación, trabajo, vivienda, etc.).

Hay que tener en cuenta que muchos de los factores de riesgo en el abuso de drogas no son específicos de este problema del consumo. Están presentes también en otras prácticas que deterioran la calidad de vida individual y de la comunidad, y su modificación es un importante objetivo preventivo y educativo. Lo mismo puede decirse de los llamados factores de protección, o sea de las circunstancias –climas sociales familiares, escolares y de amistad positivos– que ayudan a que un individuo no se convierta en consumidor abusivo.

3.3.1 Enfoque de riesgo y protección a nivel individual

Factores de riesgo:

- escasa información sobre el problema,
- fomento de la competitividad y el individualismo,
- promoción de la pasividad y la dependencia,
- existencia de relaciones de dominación, desequilibradas y discriminatorias,
- ausencia de estímulo a la participación,
- déficit de espacios recreativos, deportivos y culturales,
- falta de una política y normativa definida de rechazo a las drogas,
- disponibilidad de las drogas,
- modelos inadecuados de prevención y tratamiento,
- escasa capacitación de profesionales, docentes y referentes comunitarios en materia de drogas y su abordaje integral.

Factores protectores:

- promoción de la autonomía personal,
- comunicación fluida y bidireccional,
- estímulo a la participación y la reflexión de los miembros de la comunidad,
- promoción de la solidaridad y de la integración,
- existencia de políticas coherentes en relación al consumo de drogas,
- formación de profesionales, docentes y referentes comunitarios en el abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas,

- elevada calidad de la educación,
- políticas de empleo,
- cobertura de salud para toda la población,
- metodología participativa de trabajo,
- refuerzo de los valores positivos de las comunidades,
- reconocimiento de los logros, méritos y ayuda mutua,
- existencia de espacios alternativos, recreativos, culturales y deportivos.

En la actualidad se considera que el concepto de riesgo ha sido formulado en general desde una perspectiva individualista, que no toma suficientemente en consideración los aspectos colectivos y sería necesario complementar con otros modelos.

3.3.2. Enfoque de riesgo y protección a nivel de la comunidad

Factores de riesgo

- crisis de valores,
- pocas oportunidades educativas,
- empobrecimiento creciente de la población,
- exclusión social,
- desempleo,
- programas de prevención insuficientes y poco diversificados,
- presencia de redes de distribución de drogas,
- tendencias sociales que propicien el consumo de drogas en vez de limitarlo.

Factores protectores

- políticas y programas efectivos de prevención del tráfico y consumo de drogas,
- red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de apoyo,
- existencia de oportunidades de estudio y de empleo,
- promoción del desarrollo humano y social,
- presencia de relaciones integradoras no dominantes,
- fomento de la cooperación y la solidaridad,

- establecimiento de relaciones de igualdad.

Si bien el concepto de factores protectores ha completado el de factores de riesgo, ha permanecido planteado en un nivel de generalidad y se hace necesario profundizar en algunos de los aspectos que puedan dar más especificidad al desarrollo de programas.

3.4. Promoción de la salud

En la *Conferencia Salud para Todos en el año 2000*, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y celebrada en Alma Ata, Unión Soviética, en septiembre de 1978, se adoptó por primera vez una definición amplia de salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Es decir, en esta definición se incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales, creando así el contexto para el establecimiento de la promoción de la salud como interés prioritario.

En este sentido, podemos resumir el paradigma de la promoción de la salud diciendo que busca vincular a los actores con sus entornos y lograr la movilización comunitaria, lo que implica que la población se organice y participe más activamente. Todo esto desde una perspectiva de trabajo intersectorial, acción coordinada de todos los implicados, como gobiernos, sectores sanitarios, sociedad civil y medios de comunicación. En síntesis, la promoción de la salud será definida de un modo más amplio, ya que apunta a mejorar la salud en general y la calidad de vida a través de acciones orientadas a modificar los condicionantes de la salud (Restrepo y Málaga, 2001).

Cuando se hace referencia a la promoción de la salud, ésta aparece ligada generalmente a la denominada "Carta de Ottawa", surgida de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en 1986 en Ottawa, Canadá, y adoptada por 112 participantes procedentes de 38 países. En dicho documento, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Según Czeresnia (2006) en la década de 1990 el discurso científico incorpora cambios que habían surgido en el paradigma de la salud colectiva. De este modo, emergió un reconocimiento de valores tales como subjetividad, concepción de autonomía y diferencia. Se buscaba articular diferentes niveles y modos de comprender y aprehender la realidad, tomando como referencia ya no los sistemas de pensamiento sino los hechos que movilizan a los sujetos a elaborar e intervenir en la realidad.

Por ende, la promoción de la salud, que forma parte de una nueva concepción de la salud pública, plantea la necesidad de ir más allá del modelo bio-médico y considerar las influencias sociales y ambientales sobre la salud y la conducta vinculadas con ella. Puede decirse que la prevención de las enfermedades o de los daños a la salud forma parte de la promoción de la salud, pero esta

última va más allá de la prevención. En este sentido, es importante destacar que el concepto de promoción de la salud pasó por diferentes etapas. En un primer momento se puso énfasis en la transmisión de mensajes que intentaban fomentar hábitos saludables en la población. Luego comenzó a relacionársela con los estilos de vida individuales, a partir de cuyos cambios se alentaban modificaciones en las conductas. Finalmente, se aceptó que se trata de un concepto que debe plantearse en relación con lo comunitario. Es fundamental generar cambios en las condiciones de vida de los grupos sociales –tanto económicas, sociales y simbólicas– para que se generen cambios en relación con el cuidado de la salud.

3.4.1. Hacia un modelo basado en la promoción de la salud

Se ha dicho reiteradamente que las intervenciones preventivas no deben difundir sólo información, sino también poner el énfasis en la difusión del saber hacer para prevenir. En las intervenciones preventivas “cara a cara”, la preparación de las personas para enfrentar situaciones que se les pueden presentar es una importante ayuda. Las técnicas desarrolladas en pequeños grupos, que favorecen la interacción a través por ejemplo del juego de roles, son una estrategia válida tendiente a la producción de cambios en las actitudes y en la intención de la conducta.

En este sentido, la promoción de la salud se enmarca en tres modelos básicos (Kornblit y Mendes Diz, 2004): el *informativo*, en el que se brindan datos; el de *empoderamiento*,⁴ que alienta las capacidades de las personas para actuar sobre las circunstancias permitiéndoles identificar las posibles elecciones que pueden llevar adelante, y por último, el *comunitario*, que concibe la salud en base a los cambios comunitarios alcanzados a partir de la acción colectiva. Es fundamental tener en cuenta que para que las actividades de promoción y prevención sean exitosas, es importante trabajar con los tres modelos a la vez.

La modificación de las prácticas no se logra sólo a través de comunicaciones persuasivas, sino que requiere la participación de los sujetos en el proceso de cambio. Está decididamente comprobado que con el modelo informativo sólo no alcanza para que la gente adopte medidas de cuidado. Es indispensable para la modificación de las prácticas, las actitudes y las creencias, que los sujetos participen en el proceso de aprendizaje. Trabajar con este modelo implica suprimir la modalidad con la que se trabaja en la educación formal, que “baja línea” y ofrece modelos explícitos, y reemplazarla por otra en la que el proceso de aprendizaje se transforma en una construcción

⁴ El proceso por el que las personas que participan de intervenciones de desarrollo social son ayudadas a fortalecer sus capacidades para controlar sus vidas, a través de facilitarles el acceso a los recursos y a la toma de decisiones y de que se perciban a sí mismas como capaces para ocupar un espacio en cuanto a la toma de decisiones que les competen. A través del empoderamiento se intenta alentar la capacidad de las personas para actuar sobre sus circunstancias, mediante técnicas de aprendizaje participativo que las ayuden a identificar las elecciones que pueden hacer. Tradicionalmente se ha trabajado en el empoderamiento de las mujeres para que no asuman mandatos de género que las conducen a actitudes de sumisión y entrega afectiva. Encarar una mayor autoafirmación de su parte en las relaciones de pareja es una tarea difícil y que exige continuidad en el tiempo. La familia y la escuela son ámbitos en los que estos temas, vinculados con la posibilidad del autocuidado, deberían tratarse.

conjunta en la que es muy importante la apertura hacia el otro y hacia su entorno. La clave está puesta en escuchar, aprender y comprender, ya que el concepto de salud se construye socialmente y de acuerdo a las diferentes culturas.

Según el antropólogo Eduardo Menéndez (2005), no resulta pertinente entender a la salud como un estado acabado; la misma, en cambio, debe ser considerada como un proceso colectivo de salud-enfermedad-atención.⁵ Estos procesos son a la vez organizadores de la vida cotidiana y emergentes de las condiciones históricas de vida de cualquier sociedad. Todo esto debe pensarse dentro de un escenario conflictivo y de disputas entre los distintos actores sociales en donde se ponen de manifiesto las diferentes relaciones de poder y se interrelacionan de manera compleja aspectos económico-sociales, políticos y culturales.

Bjarne Bruun Jensen (1997) propone que las actividades de promoción de la salud se desarrollen tomando en cuenta cuatro momentos o aspectos que integran un modelo al que denomina *acción-competencia*. Describiremos a continuación cada momento:

Conocimiento/insight

Se propicia la construcción participativa de un conocimiento coherente acerca de la naturaleza y complejidad del problema visualizado por los sujetos, analizando su surgimiento, desarrollo, consecuencias y posibilidades de superación. A diferencia de la mera adquisición pasiva de información, esta definición retoma el sentido constructivo y abierto de la educación, para el cual es fundamental partir de las experiencias y conocimientos anteriores de los sujetos.

Compromiso

Se encuentra articulado con lo anterior y constituye un puente fundamental para lograr el vínculo entre conocimientos y prácticas. Por ello, el nivel de involucramiento y participación genuina de los sujetos en las actividades es uno de los principales objetivos que deben evaluarse.

Visiones/imágenes de futuro

Resulta fundamental incorporar desde el inicio de las actividades las diversas visiones que tienen los sujetos en torno a cómo desearían que fueran sus vidas y las condiciones socioestructurales en las que ellas se desarrollan. El desarrollo y complejización de estas imágenes de futuro son imprescindibles para lograr el involucramiento de los agentes.

⁵ La construcción del concepto salud-enfermedad-atención no puede entenderse fuera de su marco socio-cultural, ya que los valores, creencias y expectativas de los grupos sociales son lo que definen lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Este proceso dinámico involucra también los modos que los grupos tienen de cuidar y de recuperar la salud en los casos que se haya deteriorado.

Experiencias de acción

Para profundizar y articular las problematizaciones y conocimiento construidos en los momentos anteriores, aumentando el compromiso de los sujetos, resulta fundamental, durante todo el proceso de aprendizaje, desarrollar acciones concretas dirigidas al cambio de las condiciones socio-estructurales y personales identificadas como límites para el bienestar. Si bien dichas experiencias se irán encontrando con diversos tipos de límites (condiciones que exceden las posibilidades que tienen los agentes de modificarlas), servirán para ir reformulando los otros momentos señalados, concretizándolos y mejorando sus posibilidades de generar cambios reales.

A medida que se propicien desde las instituciones de salud y educativas acciones de promoción de la salud centradas en este tipo de pensamiento, se abren nuevas posibilidades para la construcción de un diálogo entre los diversos sujetos que participan cotidianamente en las mismas, incorporando también las dimensiones éticas y estéticas de la existencia –visiones/imágenes de futuro.

3.4.2. Diferencias entre el modelo de prevención de enfermedades y el de promoción de la salud

Partiendo del desarrollo acelerado de la ciencia y de la tecnología médica, la salud rápidamente se volvió un problema cada vez más individual, que quedaba atravesado por la relación directa entre los estilos de vida personales y las prácticas preventivas adoptadas. La primacía del enfoque individualista, que responsabilizaba de modo directo a los individuos en cuanto a tener o no tener “buena” salud, comienza a cuestionarse en la década de los ‘80 a partir de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. En el estatuto de dicha conferencia se retoman las definiciones sobre salud de los documentos anteriores y se recuperan las dimensiones comunitarias, políticas y socioculturales que influyen sobre ella.

Frente a este enfoque surgió otro que responsabiliza al Estado de tener que garantizar políticas tendientes a promover la salud. El Estado es el que debe actuar en pos de la disminución de las desigualdades socio-económicas en salud. Sin embargo, no es posible tener un Estado ágil y preocupado por sus ciudadanos si estos no controlan y exigen los derechos que les corresponden. Al mismo tiempo, es imprescindible que el Estado coordine políticas que faciliten la elección de opciones saludables (políticas de pleno empleo, vivienda, salud, transporte, entre otras) las cuales nunca podrían ser generadas sólo desde los actores.

Como adelantamos en los otros apartados, en la práctica se trabaja muchas veces desde la prevención⁶ y la promoción de manera conjunta pero debemos aclarar que existe una diferenciación entre ambos términos. La prevención tiene como objetivo final evitar la aparición y

⁶ Hacemos acá referencia a la prevención en términos generales pero en sentido estricto estamos aludiendo a la prevención inespecífica y a la prevención primaria.

el desarrollo de enfermedades o condiciones nocivas para la salud en sentido amplio. Dado que este concepto se vincula con el de promoción de la salud incluimos un cuadro en el que se ponen de manifiesto sus principales diferencias.

Cuadro 1: Diferencias entre las perspectivas de prevención y la promoción de la salud

Categoría	Prevención de enfermedades	Promoción de la salud
Concepto de salud	Ausencia de enfermedad	Positivo y multidimensional
Modelo de intervención	Médico	Participativo
Población objetivo	Grupos poblacionales de alto riesgo	Toda la población
Estrategias	Generalmente única	Diversas y complementarias
Abordajes	Directivos y persuasivos	Sensibilización, capacitación
Objetivos de los programas	Se enfocan en cambios individuales	Cambios en la situación de los individuos, los grupos y los ambientes
Ejecutores de los programas	Profesionales de la salud	Movimientos sociales, municipios, entidades regionales y nacionales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de base, grupos religiosos, comisiones barriales.

Fuente: adaptado de Statchenko y Jenick (1990)

A pesar del cambio que plantea el nuevo paradigma de la promoción de la salud, en estos últimos años y, luego de una vasta cantidad de experiencias que trabajan desde esta perspectiva observamos que los resultados no han sido del todo los esperados dado que se continúa trabajando sólo desde el enfoque informativo y se descuidan los otros dos enfoques: el del empoderamiento⁷ y el comunitario.

A nuestro entender, la escasa correspondencia que tienen muchas de dichas acciones con las problemáticas de salud que pretenden afrontar se debe, en buena medida, a la disociación entre práctica y teoría presente en las mismas. Lo que subyace en estos casos al modelo de promoción de

⁷ Para una lectura crítica del concepto de empoderamiento se recomienda leer el texto *Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria* de M. del C. Chapela Mendoza , 2007.

la salud es la separación entre cuerpo y mente que se desprende de la concepción clásica del sujeto, lo que constituye un obstáculo para la consolidación del paradigma de promoción de la salud en torno a una concepción integral del sujeto. De este modo, estas acciones concretas deben estar acompañadas o requieren de un cambio en los modos en los que concebimos a los sujetos, a la salud, a la enfermedad y a lo comunitario (Camarotti, 2010).

Otras críticas más radicales que se le hacen al modelo de promoción de la salud son las que resume Wald (2009), quien explica que son muy escasos los programas que específicamente trabajan desde la concepción propia de la promoción de la salud en América latina sin recurrir al trabajo conjunto con programas de prevención. Estos proyectos en la mayoría de los casos no han logrado poner en práctica intervenciones innovadoras, razón por la cual algunos analistas consideran que la promoción de la salud en nuestra región debería abandonar el ámbito de lo discursivo a través de la puesta en marcha de acciones prácticas (Paiva, 2006). El problema central es que a pesar de definir la salud en términos de bienestar, las prácticas continúan organizándose alrededor de conceptos de enfermedad (Czeresnia, 2006). Así, la mayoría de los programas implementados en promoción de la salud son en realidad intervenciones de tipo preventivo y responden, en última instancia, a modelos teóricos de base individualista y conductista (Restrepo y Málaga, 2001). Además, aún no se han hecho extensivos los declamados abordajes intersectoriales y transdisciplinarios; por lo tanto, los programas de promoción de la salud por lo general sólo son gestionados por el sector salud (Paiva, 2006).

En síntesis, la escasa correspondencia que tienen muchas de las acciones de promoción de la salud con las problemáticas que pretenden afrontar se debe principalmente a la distancia que se establece entre: a) los saberes profesionales hegemónicos en las instituciones de salud y educativas, por un lado; y b) la pluralidad de estilos de vida, modalidades de socialización y de construcción identitaria, por otro. Por ello, las respuestas institucionales dominantes en dicho campo, más que abrir espacios de encuentro con los mismos, los clausuran (Di Leo, 2010).

Por todo lo expuesto consideramos indispensable para abordar nuestro trabajo reorientar este paradigma hacia una mirada que logre ser realmente abarcadora. Para ello, en un primer momento resulta fundamental complementar el concepto de salud; partiendo de la definición de salud de la OMS como completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad, se debería reconocer que además pertenece al ámbito de la salud todo lo que en una sociedad y en un momento dado calificamos como lo que es capaz de producir una sensación de bienestar.

La promoción de la salud debería tener en cuenta tales aspectos, enraizados en la particularidad de los grupos sociales con los que se llevarán a cabo las prácticas. En este sentido, el concepto de salud debe entenderse en sentido amplio, como uno de los aspectos en los que se articulan las subjetividades. Partimos de la idea de subjetividad como formas de ser y estar en el mundo; esta concepción enfatiza la idea de la autoconstrucción a partir del vínculo con los otros (Kornblit, 2009).

4. Principios básicos de los programas de intervención temprana, tratamiento, rehabilitación e integración social dirigidos a la comunidad

En este apartado del documento daremos cuenta de las respuestas socio-sanitarias que se vienen desarrollando desde los distintos países de la región en torno a los consumos problemáticos de drogas.

La OMS define como droga a aquella sustancia que introducida en el organismo produce cambios en la percepción, en las emociones, el juicio o el comportamiento y es susceptible de generar en el usuario la necesidad de seguir consumiéndola. Asimismo, no debemos olvidar que existen diferentes formas de vincularse con las drogas. Cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas, si se constituye en un uso problemático.⁸ Según la definición de El Abrojo (2007) un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona: a) su salud física o mental; b) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); c) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio) y d) sus relaciones con la ley.

Sin embargo, no hay que olvidar que un consumo experimental u ocasional también puede ser problemático si se consume en forma excesiva, aunque sea una única vez. Lo que es especialmente problemático del consumo es el hecho de haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia (por ejemplo conducir un vehículo después de haber tomado alcohol o haber consumido otra droga).

Por otro lado, Romaní (1999) encuentra que en las sociedades urbano-industriales contemporáneas emergió un nuevo fenómeno, etiquetado como droga-dependencia: el consumo más o menos compulsivo de una o más drogas por parte de un individuo y la organización del conjunto de su vida cotidiana en torno de este hecho. Las sustancias eje de la droga-dependencia pueden ser tanto de uso ilegal (cocaína, marihuana, crack, éxtasis, pasta base) como de uso legal (alcohol, tabaco, psicofármacos). Es decir, en esta primera parte no tendremos en cuenta el trabajo

⁸ Es importante tener en cuenta la clasificación internacional de enfermedades décima edición de la OMS, que plantea dentro de su clasificación F19 los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias. Estos trastornos son los siguientes: intoxicación aguda, consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia, síndrome de abstinencia con delirium, trastorno psicótico, síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas, trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas, otros trastornos mentales o del comportamiento inducidos por alcohol u otras sustancias psicotrópicas y finalmente un trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas sin especificación.

que se viene llevando a cabo desde la prevención o la promoción de la salud sino las respuestas con las que se cuenta en los casos en los que el consumo de drogas se torna problemático y/o adictivo.

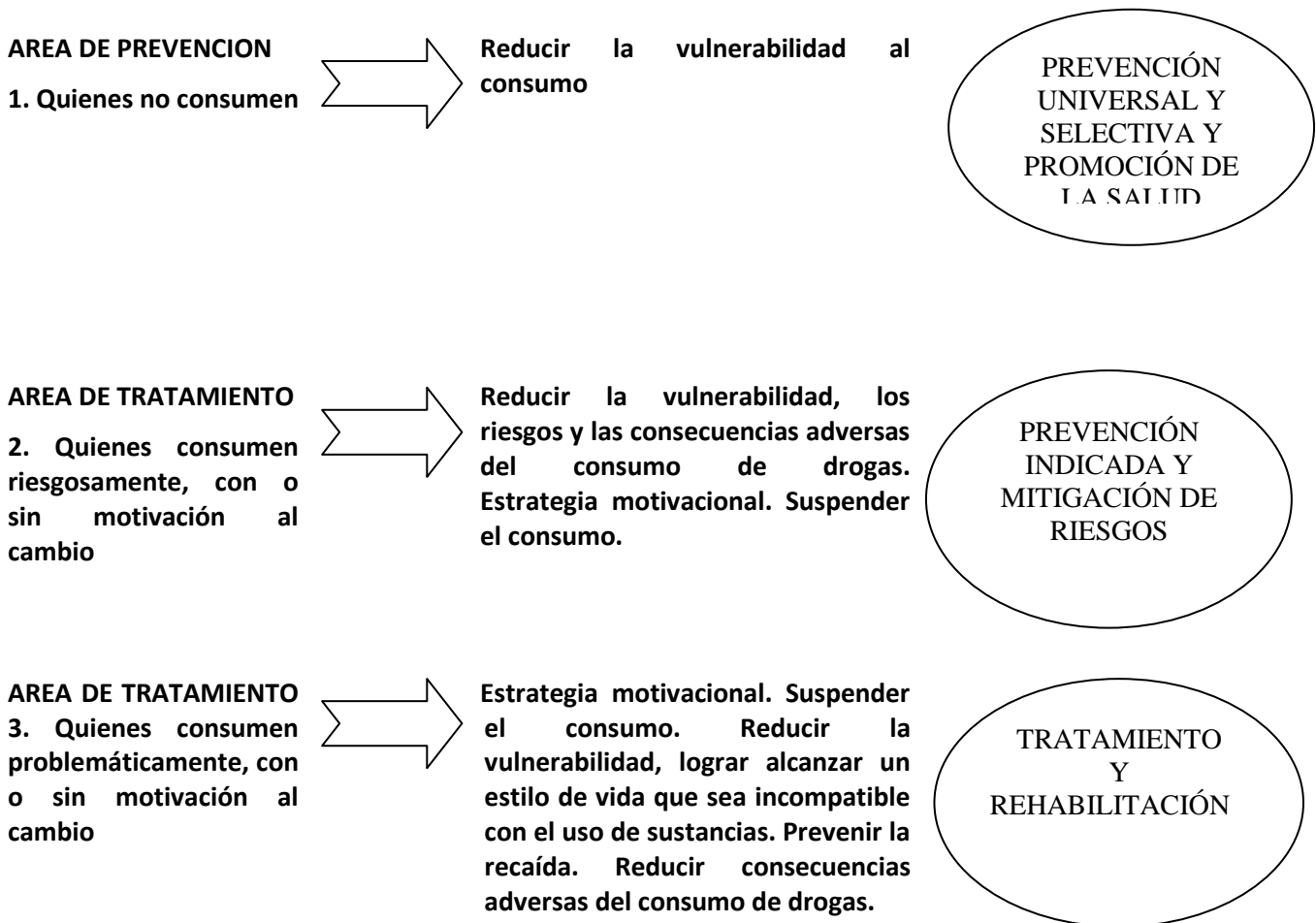
Como se afirma en el Documento del Comité Científico Asesor argentino (2009),⁹ del universo de personas que consumen drogas, una inmensa mayoría no incurrirá en consumos problemáticos. Estos se producirán entre las personas que se hallan en una especial situación de vulnerabilidad bio-psico-social. Entre quienes no están consumiendo drogas se debe llegar con medidas universales y preventivas de tipo específico e inespecífico. Para quienes tienen un mayor riesgo de comenzar a usarlas, se puede trabajar desde un enfoque basado en la prevención selectiva y en la promoción de la salud. Para los que están usando drogas y tienen un consumo no problemático, se debe llegar con medidas preventivas indicadas, que son específicas y especializadas.

La adicción a las drogas se da en personas que aumentan cuantitativa y cualitativamente el consumo hasta no tener proyectos de vida independientes del consumo. Su autonomía está seriamente comprometida. La auto-administración de las sustancias ya no siempre les proporciona placer, aunque lo buscan infructuosamente, sino que está principalmente al servicio de evitar el displacer. Estas personas necesitan tratamiento adecuado. Las intervenciones asistenciales deben admitir alternativas múltiples, ya que hay situaciones diversas de consumo de drogas, donde además del tratamiento y rehabilitación estructurada para los distintos perfiles se debe incluir las medidas de mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas.

A continuación incluimos un cuadro que resume los distintos niveles de atención que presenta la reducción de la demanda.

⁹ Comité Científico Asesor en Materia de Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje (Argentina, 2009)

Reducción de la demanda: atender desde la diversidad es la verdadera integralidad



Un programa de alta calidad en prevención debe pensarse a largo plazo, movilizándolo a los actores y las instituciones relevantes y debe estar basado en la evidencia científica. Debe responder a estándares de calidad que garanticen la sostenibilidad y el consecuente impacto. Además, deben presentar objetivos claros. Hay pruebas en la literatura que los programas mejor planeados y diseñados son mejor evaluados y más eficaces que los programas sin planeamiento ni base teórica. Estos son casi siempre programas que usan modelos de influencia social (trabajando sobre creencias normativas, habilidades sociales), normas de comportamiento, la motivación o auto-control.

A continuación nos ocuparemos de los puntos 2 y 3, es decir, de aquellas personas que han comenzado a consumir drogas y han establecido vínculos riesgosos y problemáticos con dichos consumos, lo que hace que necesiten algún tipo de tratamiento o de intervención. Para ello, es fundamental que los mismos se encuentren disponibles, que sean accesibles, oportunos, individualizados, de calidad y efectivos.

Contar con una multiplicidad de repuestas permite que las personas que presentan problemas con el consumo de drogas puedan transitar por los tratamientos según los tiempos y ritmos de cada uno. El NIDA (2006), planteó algunas sugerencias para el tratamiento de consumidores; afirma que las prestaciones deben ser individualizadas, que respondan a las necesidades de los individuos. Los tratamientos debieran considerar la edad, el género, el origen étnico y cultural de las personas que consumen drogas y la severidad del problema. Las prestaciones debieran ser en forma individual y/o grupal, dependiendo de la respuesta del usuario. También sugiere que el tratamiento debe durar como mínimo tres meses y el usuario debe recibir una serie de prestaciones complementarias; es decir, el tratamiento no sólo debe enfocarse en el cambio en el patrón de consumo de las sustancias.

4.1. Resumen de respuestas socio-sanitarias brindadas a los consumos problemáticos de drogas

Como argumentamos anteriormente, la complejidad que asume el consumo problemático de drogas y los múltiples contextos en donde se llevan a cabo los mismos exigen intervenciones diversas, que partan de modos complementarios entre las diferentes respuestas que se brindan y que compartan la preocupación por lograr un sistema integral de atención que nucleee las diversas respuestas que se ofrecen.

Cabe destacar que la heterogeneidad existente en las respuestas socio-sanitarias genera dificultades a la hora de encontrar criterios de clasificación de los dispositivos. En este sentido nos pareció oportuno establecer la clasificación a partir de los objetivos de alto o bajo umbral que el programa se proponga.

Cuadro 2. Respuestas socio-sanitarias a los consumos problemáticos de drogas organizadas según los objetivos que se proponen

Objetivos	c/abordaje comunitario	s/abordaje comunitario
Umbral bajo	<ul style="list-style-type: none"> Programas con estrategias motivacionales, mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista motivacional Intervenciones breves. Algunos abordajes psicoterapéuticos
Umbral alto	<ul style="list-style-type: none"> Algunas comunidades terapéuticas Tratamiento en programa de monitorización médica. Narcóticos anónimos y Alcohólicos anónimos 	<ul style="list-style-type: none"> La mayoría de las comunidades terapéuticas Algunos abordajes psicoterapéuticos Hospital de día y de noche Programas de desintoxicación

Entendemos por **programas de umbral bajo** los que tienen entre sus objetivos principales realizar una efectiva estrategia motivacional, con entrevista motivacional incorporada, mitigar las consecuencias negativas que el consumo de drogas problemático puede acarrear tanto para el individuo como para los grupos sociales, y en lo posible dejarlos en condiciones de comenzar un tratamiento estructurado. Estos programas no centran su meta necesariamente en que los sujetos dejen de consumir drogas sino en alentar mejoras en su calidad de vida. Se dirigen a personas que no están muy motivadas a cambiar y a dejar de consumir drogas, que tal vez han transitado por otro tipo de tratamientos que no les resultaron eficaces; puede tratarse de personas con importante deterioro físico y/o psíquico, problemas de marginalidad, falta de apoyo social, dificultades para cumplir normas. Estos programas pueden a veces constituir la puerta de entrada a otras respuestas socio-sanitarias, de umbral más alto que no les resultan accesibles en primera instancia.

Los **programas de umbral alto** se refieren a aquellos que enfocan la posibilidad de un desarrollo integral de la persona que consume basado en su abstinencia al consumo de drogas. Se dirigen a personas con situaciones de consumo problemático y motivadas a un proceso de cambio, en ellas la situación de consumo está afectando notoriamente su vida y su entorno. Entre los tratamientos de alto umbral se encuentran todos aquellos programas diseñados para consumidores problemáticos de drogas con distinto grado de severidad y distinto compromiso bio-psico-social, además de las distintas poblaciones (hombres adultos, mujeres adultas, adolescentes con enfoque de género, personas en situación de calle, infractores de ley penal, etc). Estos programas se implementan en distintos dispositivos terapéuticos, privados y público, en modalidad ambulatoria y residencial, con monitorización psiquiátrica permanente y otras periódicas.

La modalidad ambulatoria inicial de contacto se puede dar en dispositivos de la atención primaria de salud pública, donde se realiza un diagnóstico del tipo de consumidor de drogas. Si el consumidor es de riesgo, se realiza una intervención breve, que cuenta con la entrevista motivacional. Si el consumidor es problemático, se realiza una intervención breve, que también cuenta con una entrevista motivacional y se refiere a tratamiento especializado adecuado a su perfil de complejidad. Si el consumidor problemático es de compromiso bio-psico-social moderado y se encuentra motivado para iniciar un tratamiento, se refiere a un programa ambulatorio básico que se puede dar en un dispositivo público o privado (centros ambulatorios de salud mental y/o de adicciones), que ya cuenta con un equipo especializado resolutivo para este perfil. Si el consumidor problemático tiene un compromiso bio-psico-social moderado-severo y se encuentra motivado para iniciar un tratamiento, se refiere a un programa ambulatorio de mayor intensidad, que se puede ofrecer desde un dispositivo público o privado (comunidad terapéutica ambulatoria, centro de día, hospital de día), con un equipo especializado más robusto que el anterior y que es resolutivo para este perfil. Si el consumidor problemático tiene un compromiso bio-psico-social severo y se encuentra motivado para iniciar un tratamiento, se refiere a un programa residencial, que se puede ofrecer desde un dispositivo público o privado, con un equipo especializado, en un espacio libre de drogas y que es resolutivo para este perfil. Si el consumidor problemático tiene un compromiso biopsicosocial severo y se encuentra motivado para iniciar un tratamiento, además presenta una situación de intoxicación severa con incapacidad de suspender el consumo y/o una comorbilidad psiquiátrica severa descompensada, se refiere a un programa de monitorización psiquiátrica permanente de corta estadía, que se puede ofrecer desde un dispositivo público o privado de hospitalización (servicio de psiquiatría de hospital público o clínica psiquiátrica), con un equipo especializado de alta competencia, en un espacio libre de drogas y que es resolutivo para este perfil. Si el consumidor problemático tiene un compromiso biopsicosocial severo, y presenta una urgencia física (intoxicación aguda, sobredosis) se refiere a un servicio de urgencias de hospital general. Si el consumidor problemático tiene un compromiso biopsicosocial severo, y presenta una urgencia psiquiátrica, se refiere a un servicio de urgencias psiquiátricas de hospital general. Los grupos de ayuda mutua son grupos no profesionales de enorme ayuda en el tratamiento, pero no se consideran tratamiento en sí.

Todos los equipos de tratamiento, independientes del nivel de complejidad, deben tener competencias en: drogas y alcohol, entrevista motivacional y estrategia motivacional, comorbilidad psiquiátrica y física (patología dual), género, perspectiva evolutiva (niñez y adolescencia), familia (intervención familiar y terapia familiar), criminología (para infractores de ley penal), alta vulnerabilidad social (etnias, cultura, territorios y comunidad) e integración social.

El enfoque comunitario comprende programas que toman en cuenta el contexto social, cultural y económico en el que se desarrolla la vida cotidiana de las personas consumidoras de drogas implicando en las respuestas a las redes que componen el entramado social de una persona.

Se entiende por tratamiento al conjunto de prestaciones y estrategias de intervención que tienen como propósito ayudar a las personas a superar su relación problemática con las drogas. Entre los dispositivos de atención encontramos a todas las instituciones terapéuticas, públicas o privadas, especializadas o no en el manejo de la problemática del uso indebido de drogas, a las que acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancias psicoactivas. Estas actividades se llevan a cabo en un marco de asistencia médica, psicológica y social, con el fin de alcanzar objetivos definidos dirigidos a la mitigación o eliminación de estos problemas.

Habitualmente, el tratamiento de la dependencia de las drogas se compone de una fase inicial de desintoxicación o interrupción del consumo y superación del síndrome de abstinencia y una segunda fase de deshabitación, en la que el objetivo principal es evitar las recaídas y alcanzar un estilo de vida que se haga incompatible con el uso de drogas. Durante el proceso de deshabitación también se abordan las complicaciones físicas y psiquiátricas y las necesidades en los ámbitos familiar, social, legal, laboral y educacional entre otros.

Los centros de tratamiento son el eje sobre el que se vertebran los procesos de tratamiento de las personas con problemas de consumo de drogas. Estos centros suelen realizar las siguientes funciones: evaluación y diagnóstico del paciente; desintoxicación y deshabitación ambulatoria; educación y consejo sanitario destinado a disminuir los riesgos y reducir los daños asociados al consumo de drogas; realización de atenciones sanitarias básicas urgentes; prevención de enfermedades infectocontagiosas; seguimiento de las enfermedades infecciosas, de la patología física y de los trastornos mentales comórbidos, en estrecha coordinación con el sistema general de salud; coordinación, apoyo y desarrollo de actuaciones para atender las necesidades personales, sociales, laborales y legales, entre otras, de las personas que presentan problemas con el consumo de drogas, en colaboración con los recursos existentes en la comunidad.

4.2. Especificidad y diferencias en las respuestas a los consumos problemáticos de drogas

4.2.1. Programas con objetivos de tratamiento de bajo umbral

Programas de mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas

Se entiende la mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas como un proceso que no renuncia a motivar al usuario a suspender el consumo, y/o a buscar la disminución del mismo y además motiva al usuario a participar de programas que promuevan acciones de

prevención de la salud. Es por ello que para poder entender cuáles son sus propósitos se deben tener en cuenta dos objetivos: uno a corto plazo relacionado con el intento de evitar los problemas o conflictos que las drogas provocan (para el individuo, la comunidad y la sociedad) y otro a largo plazo, que propone la abstinencia parcial o si es posible total, de las sustancias.

Estos programas que buscan reducir las consecuencias adversas de los consumos de drogas encuentran como punto de partida la dificultad que muchas personas presentan para abandonar el consumo. De este modo, se puede entender esta línea de trabajo como complementaria a las acciones desarrolladas por los servicios dirigidos al logro de la abstinencia.

Los programas de mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas no solo ponen atención al consumo como tal, sino también a los daños individuales y sociales que el mismo trae aparejado; facilitan el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud y la accesibilidad a los servicios asistenciales y de tratamiento, que buscan reducir la morbi-mortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas garantizando el acceso a la información y a la prevención.

Abordajes psicoterapéuticos

Intervenciones breves

Bajo este concepto se engloba un rango de actividades terapéuticas diversas. Operativamente las intervenciones breves se pueden definir como toda intervención limitada en el tiempo y de duración inferior a un tratamiento. Por lo general, no se espera que el individuo la busque sino más bien se ocupa la oportunidad de contacto para actuar motivacionalmente entre otros objetivos. El sentido es movilizar los recursos personales para un cambio de conducta.

Bajo este concepto se incluyen las intervenciones dirigidas a personas que no buscan ayuda de profesionales especializados y que se realizan de forma oportuna en atención primaria o en otros contextos no especializados. Este tipo de intervenciones son realizadas por médicos o por otros profesionales sanitarios como enfermeras o trabajadores sociales. Se pueden distinguir a su vez dos subtipos:

- *Las simples*: consejo estructurado de unos pocos minutos de duración. A veces se denomina intervención mínima y otras veces se denomina consejo simple.
- *Las complejas o extensivas*: terapias estructuradas que normalmente requieren inicialmente 20-30 minutos y más de una intervención en el tiempo. A veces se denomina terapia breve.

Terapia individual

Los objetivos de estas terapias son: identificar y tratar conflictos psicológicos; estimular la motivación y el compromiso del consumidor de drogas con la recuperación del tratamiento; trabajar con las circunstancias que impiden la abstinencia; ayudar a modificar ámbitos importantes del funcionamiento psico-social; analizar creencias o sentimientos que pueden ser productores de inestabilidad emocional, entre otros.

Grupos terapéuticos y talleres grupales

Este ámbito debe proporcionar permitir trabajar desde distintas temáticas ya sea a través de la puesta en palabras del conflicto o con técnicas expresivas: pintura, escritura, música, psicodrama y otras. La experiencia de taller posibilita que el participante devenga en un protagonista co-responsable de su proceso individual y colectivo. A la vez la singularidad histórica y psíquica de cada paciente requiere de un recorrido individual y específico. Asimismo, la modalidad de trabajo en taller por ser esta una concepción dinámica, solidaria y facilitadora de cambios subjetivos, permite trabajar de modo individual y también en pequeños grupos. La experiencia de taller modifica el rol de participante llevándolo a ser un protagonista responsable de sus procesos y a su vez estimula el desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo, imprescindible para la toma de decisiones encaminadas a una conducta saludable física e integral. Salud integral que contempla los aspectos afectivos y conductuales que lo ayuden a enriquecer habilidades para enfrentar aquellas situaciones de conflicto que se presenten en el transcurso de su vida y facilitar la construcción de lazos sociales.

De este modo, se hace visible la necesidad de implementar talleres que atiendan los distintos aspectos de la persona artísticos, laborales, educativos y que le brinden las herramientas necesarias para incluirse adecuadamente en la sociedad que le toca vivir (Fundación Convivir).

4.2.2. Programas con objetivos de tratamiento de alto umbral

Los espacios socio terapéuticos pueden ser residenciales o ambulatorios. Desde los mismos se lleva a cabo un trabajo grupal, individual y familiar; en estos espacios se busca reparar los daños físicos, mentales y sociales de las personas que consumen drogas, relacionados o no con el uso de sustancias, también reconstruir los lazos sociales que posibilitan la inserción social y que a través de múltiples acciones, entre otras, la evaluación del nivel de integración social, la evaluación de las competencias en empleabilidad y la capacitación laboral, se contribuye para ello. Los programas terapéuticos a su vez están divididos en áreas bien delimitadas y articuladas entre sí. La duración

de cada modalidad es acorde a las necesidades y requerimientos de las personas que ingresan al tratamiento.

A continuación mencionaremos las características diferenciales de cada uno de los tipos de programas, a partir de las propuestas que ofrecen los centros de tratamiento:

Tratamientos con programas ambulatorios resolutivos: Estos tratamientos se pueden ofrecer en distintos dispositivos sanitarios, tanto públicos como privados; los programas se despliegan en los siguientes planes: ambulatorio básico, ambulatorio comunitario, ambulatorio intensivo; son planes diseñados para poblaciones con distinto nivel de severidad, tanto en el consumo problemático como en el compromiso bio-psico-social.

El plan ambulatorio básico: se puede dar en dispositivos de atención primaria de salud, así como en centros ambulatorios de salud mental y/o adicciones.

El plan ambulatorio comunitario -destinado a personas de alta vulnerabilidad social y en situación de calle-: se puede dar en dispositivos de atención primaria de salud, así como en centros ambulatorios de salud mental y/o adicciones y tiene un componente de actuación activo en la comunidad, no sólo en el centro.

Plan ambulatorio intensivo: se puede dar en dispositivos de centros ambulatorios de salud mental y/o adicciones, hospitales de día y comunidad terapéutica ambulatoria.

Hospital de día: tiene una modalidad similar a la comunidad terapéutica. El objetivo de esta fase es conseguir que el paciente sostenga la abstinencia del consumo de drogas, la toma de conciencia de su problemática, así como crear mecanismos de cuidado para su integridad física, psíquica y en algunos casos también espiritual. Finalizada esta etapa debe continuar en la reinserción social o en tratamiento ambulatorio. Esta modalidad de tratamiento está dirigida a aquellos consumidores problemáticos con compromiso bio-psico-social severo; puede o no haber comorbilidad psiquiátrica severa, pero compensada y que reúnen las condiciones de contención familiar a fin de pernoctar en su hogar.

Hospital de noche: el residente debe cumplir con las pautas del tratamiento igual que en el hospital de día. La diferencia reside en que sostiene un trabajo y no existe contención familiar suficiente. El residente duerme en la comunidad y tiene dos grupos semanales que se complementan con coloquios individuales y familiares.

Grupos semanales: Está dirigido a quienes no necesitan de una internación; está incorporado en el plan ambulatorio básico y el plan ambulatorio comunitario o a aquellos que ya transitaron la etapa de internación. Los instrumentos que utilizan son: terapias grupales, terapia familiar y actividades terapéuticas recreativas. Durante el tratamiento se trabaja con el paciente y sobre todo con su familia. El programa ofrece distintos espacios que ayudan a consolidar y fortalecer las relaciones entre ambos, para prevenir juntos la posibilidad de una recaída en el consumo.

Narcóticos anónimos/ Alcohólicos anónimos, u otros grupos de ayuda mutua, si bien no están considerados como parte del tratamiento estructurado profesional, forman parte del grupo de apoyo para dichos tratamientos y para ayudar en el rescate, entre otras actividades.

Tratamientos con programas residenciales: Estos programas pueden ofrecerse entre otros dispositivos, en una comunidad terapéutica, o un centro residencial que no funcione en modalidad de comunidad terapéutica.

Comunidad terapéutica: esta modalidad utiliza el modelo de intervención jerárquica, dividida en etapas de tratamiento: adaptación, tratamiento, pre-egreso y seguimiento, en las cuales progresivamente se incrementan los niveles de responsabilidad individual y social, además de un proceso de reparación, en el usuario, de los daños físicos, mentales y sociales asociados o no al uso de drogas. La intervención de pares, introducida a través de diferentes procesos grupales, se usa como herramienta para que los residentes aprendan y asimilen valores y destrezas sociales. Las normas son rígidas y buscan desarrollar el autocontrol y la responsabilidad en las personas que residen en dichas instituciones.

Estos dispositivos especializados se encuentran orientados a personas que tienen dificultades para abordar su deshabituación a las drogas de forma ambulatoria (con historias prolongadas de adicción con múltiples recaídas, dependencia grave, policonsumo de drogas, historia de fracasos anteriores en tratamientos menos intensivos, comorbilidad psiquiátrica compensada, problemas legales serios y/o escaso apoyo social).

Tal como se indica en el documento de Fonga (2010) los tratamientos en comunidades terapéuticas en muchos casos apuntan a atender a personas con un severo deterioro determinado no solo por el consumo compulsivo de drogas, sino por una fuerte crisis en sus contextos sociales y familiares de pertenencia. Esto implica que las condiciones mínimas de contención y cuidado que estos

contextos pueden brindar se han deteriorado a un punto que se pone en grave riesgo la vida y la salud física y emocional de la persona, especialmente cuando los afectados son niños y adolescentes.

Tratamiento en programa de monitorización médica

Estos programas se traducen en un plan de desintoxicación hospitalizado con monitorización médica y un plan de compensación de patología dual o comorbilidad psiquiátrica severa. Estos planes de monitorización médica pueden ofrecerse en un servicio de psiquiatría de hospital general, hospital psiquiátrico y clínica psiquiátrica.

Programas de desintoxicación (pueden darse a través de tres modalidades):

- Domiciliaria: un profesional se traslada al domicilio del individuo para controlar la desintoxicación. Esto requiere gran colaboración de la familia.
- Ambulatoria: la persona se desplaza a un centro acompañada por alguien de su confianza para realizar la desintoxicación.
- Hospitalaria: se realiza en un hospital y dura alrededor de quince a treinta días, llamada corta estadía. Se emplea cuando existe dependencia severa y una intoxicación severa, no aguda, de una o varias sustancias, puede o no haber una comorbilidad psiquiátrica. La intoxicación aguda es de resolución de servicios de urgencia médica de hospital general.

La comorbilidad psiquiátrica grave y de urgencia psiquiátrica es de resolución de servicio de urgencia psiquiátrica (intentos suicidas, agitación psicomotora, entre otras)

La deshabitación: es un proceso dirigido a romper la dependencia psicosocial de una sustancia. El individuo debe cambiar de estilo de vida. Se puede realizar también en tres contextos:

- En centro ambulatorio: la persona acude al centro cuando sea necesario, lo que permite resolver la dependencia en el propio entorno.
- En comunidad terapéutica o centro residencial: es para perfiles más complejos ya explicados.

- En centro de día: el individuo acude a un centro durante el día ya que no es suficiente con un recurso ambulatorio, pero la comunidad terapéutica o el centro residencial tampoco es el recurso más adecuado a este perfil de complejidad ya explicado.

Lograr realizar diagnósticos integrales y precisos es fundamental en tanto permite una correcta derivación de las personas según las necesidades terapéuticas que presentan. Para ello, es fundamental llevar a cabo una evaluación diagnóstica -desde una práctica interdisciplinaria- y modelos de intervención acordes con los distintos diagnósticos que conducirán a diferentes instancias de contención psicosocial y de abordaje terapéutico.

Por otro lado, los problemas relacionados con las drogas deben entenderse dentro de una “trayectoria con interrupciones, giros, reversibilidad del proceso” (Kokoreff, 2004), con momentos de consolidación de los logros y otros con retroceso.

Un aspecto a tener en cuenta es la historicidad de los consumos de sustancias y de los sucesivos tratamientos de las personas que usan drogas, que se configuran como trayectorias singulares, no siempre escuchadas por los especialistas de los servicios a los que consultan. En ese sentido, se hace necesario cuestionar el sesgo que implica la idea de “carrera del adicto”¹⁰ y el postulado de algunos dispositivos sobre empezar de cero en cada tratamiento.

A continuación presentaremos los desarrollos teóricos y conceptuales que dan cuerpo a las políticas de prevención y tratamiento a los consumos de drogas.

5. Modelo integral de abordaje comunitario para la reducción de la demanda de drogas

5.1. Hacia la construcción de un abordaje comunitario basado en la integralidad

El consumo de drogas se ha venido analizando generalmente desde distintos enfoques disciplinares, caracterizados frecuentemente por una visión fragmentada del fenómeno, lo que se evidencia en las respuestas anteriores. Como ya expresamos, partimos del supuesto que el consumo de drogas es un hecho complejo, que no puede abordarse de un modo aislado de los contextos sociales en los que se da, lo que lleva a requerir respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas.

¹⁰ Se entiende por carrera del consumo o del adicto a la escalada ascendente e irrefrenable, en donde se comienza a consumir sustancias menos nocivas y se continúa con sustancias cada vez más “duras”, contraponiéndose a la idea de “trayectorias de consumo”, en donde se establecen diferencias entre uso, abuso y dependencia, entendiendo que el consumo de drogas puede también convertirse en una práctica más o menos estable durante toda la vida de una persona.

Es por ello que se requieren respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que sufren dichos problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos a los escenarios y situaciones que los motivan.

Un abordaje integral comunitario debe partir de que el significado asociado a las drogas está determinado no solo por sus propiedades farmacológicas, sino también por la forma en que una sociedad define el consumo de las mismas y por las estrategias preventivas y de intervención que utiliza. El fundamento que lo rige es que una política preventiva no puede hacer abstracción de la estructura socioeconómica y de los aspectos psicológicos y culturales de los consumidores de drogas.

Los procesos de urbanización e industrialización sin una planificación adecuada, los sentidos y significados que los sujetos y las sociedades le otorgan al consumo de drogas, es decir, el lugar que estas prácticas tienen en la historia de los grupos sociales y el modo en que se imbrican con los afectos, las emociones y las experiencias de dolor y goce, así como también, las desigualdades, la falta de oportunidades, la marginación, las vulnerabilidades, la pobreza, el desempleo, el abandono escolar, la discriminación, el analfabetismo, la estigmatización que sufren quienes consumen drogas independientemente del nivel socio-económico en que se encuentran y la carencia de una vivienda digna, deben considerarse factores causantes de la aparición masiva de los consumos abusivos de drogas.

Se trata de un modelo menos instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado a partir de su pertenencia a determinados contextos socio-culturales.

En este sentido, nos parece de gran utilidad incluir el concepto de integralidad de Roseni Pinheiro y Ricardo Burg Ceccim, quienes proponen:

Articular conceptos, percepciones y sensaciones para producir saberes sobre las prácticas (...) orientadas por la integralidad requiere asumir la postura crítica y creativa que permite reconocer posibilidades e imponerse el desafío de una "apertura de posibles". Ésta resulta de los encuentros que establecemos entre lo conocido y lo desconocido, dando lugar a la *experienciación* y no a la sobredeterminación de lo desconocido por parte de lo conocido (Pinheiro y Ceccim, 2009: 23).

Este modelo integral basado en lo comunitario que proponemos, encuentra entre sus antecedentes, un recorrido que podemos situar desde las últimas décadas del siglo XX y hasta la actualidad, en donde se vienen desarrollando experiencias de intervención y abordajes que buscan relacionar los aspectos de la salud con dimensiones estructurales y experiencias subjetivas contraponiéndose con lo que se definió como modelo médico hegemónico.¹¹ En este sentido, el

¹¹ El *modelo médico hegemónico* es un concepto propuesto por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez. Hace referencia al sistema asistencial organizado por la biomedicina. Se define como "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica". El modelo establece como principales parámetros para entender y actuar sobre la salud y la enfermedad, los siguientes: a) biologismo,

modelo basado en un abordaje comunitario busca profundizar el paradigma que se ha iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas de trabajo pero enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria.

Así, desde una concepción integral y constructivista de la salud se busca habilitar a los sujetos individuales y colectivos a participar activamente en su redefinición: a partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socio-estructurales y de sus influencias sobre las prácticas, los sujetos comienzan a desarrollar sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar construidos y reformulados a partir de sus propias experiencias (Jensen, 1997; Kornblit, 2009).

A diferencia del tratamiento comunitario que apunta a garantizar una mayor cobertura y adherencia a tratamientos por drogas de personas, familias y grupos en donde las respuestas institucionalizadas no dieron los resultados esperados, o no son adecuados, (Milanese, 2012), el modelo integral de abordaje comunitario, busca construir un espacio de vinculación, encuentro y empoderamiento para los grupos sociales –presenten o no una fuerte exclusión social– en donde sean ellos también los responsables de marcar el rumbo a seguir, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien, sumándose al trabajo impulsado inicialmente a partir de un grupo de actores sociales (profesionales o no).¹²

Son los actores sociales los que junto a las instancias estatales deben construir las respuestas posibles basándose para ello en lo que ya existe y en lo que se puede generar. Asimismo, este abordaje entiende que los problemas de consumos de drogas no son un problema solo de quienes las consumen y de sus familias sino que es la comunidad en su conjunto la que debe implicarse; entenderlo de este modo, nos hace ser parte de la problemática y de la respuesta. Entendemos por comunitario, en términos de Efre Milanese (2009; 2012), al sistema de interrelaciones que se establece entre: un sujeto individual –dimensión subjetiva–, el grupo –dimensión intersubjetiva, redes informales– y las instituciones –dimensión intersubjetiva, redes formales– que forman parte de un territorio. En este sentido, la comunidad local es el conjunto de redes sociales que definen y

ahistoricidad y asocialidad, es decir que reduce a los individuos a su dimensión física aislándola de toda condición social, histórica y espiritual; b) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, y de la salud como normalidad estadística; c) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; d) relación médico-paciente asimétrica, de subordinación social y técnica del paciente; e) la salud-enfermedad como mercancía y tendencia inductora al consumismo médico; f) medicalización de los problemas; y g) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos. En general, se trata de una concepción mecanicista del ser humano, que lleva, entre otras cosas, a la separación entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo; a la búsqueda de certidumbres y de verdades absolutas; a la creencia en la causalidad lineal como única forma de relación; y a la subvaloración de la subjetividad (Menéndez, 1990; 2009).

¹² Personas con diversas formaciones y/o con experiencia en trabajo comunitario, que han logrado sistematizar experiencias y conocimientos, lo que les ofrece una mirada global del proceso. Esto lleva a que los nuevos grupos sociales que encaran este tipo de proceso, no incurran en prácticas que otras experiencias ya demostraron que no presentan resultados efectivos. De todos modos, no se debe ignorar que esto es un proceso y cómo tal se debe construir en la marcha.

animan un territorio geográficamente delimitado. El autor sintetiza los siguientes como los elementos centrales de la comunidad: un conjunto de redes, estas redes definen un territorio (le dan forma dinámica y original a la dimensión de lo local¹³) y lo organizan (contribuyen en la construcción de su cultura y de sus productos). Las redes son por definición flexibles y abiertas, por ello, las comunidades también lo son.

Con esto no buscamos responsabilizar a las comunidades de tener que ser ellas las encargadas de dar las respuestas adecuadas para estas problemáticas, consideramos que un abordaje de este tipo debe habilitar y propiciar el encuentro de lo comunitario y así potenciar y avanzar en lo que hay, lo que debe mejorar y lo que falta.

El modelo integral de abordaje comunitario apunta a prevenir y a promover la salud, para ello, busca anticiparse a los problemas que el consumo puede ocasionar. Por este motivo su énfasis se ubica fundamentalmente en el enfoque de la prevención inespecífica, ampliándolo con los desarrollos de la promoción de la salud. Cuando se hace referencia a la promoción de la salud, ésta aparece ligada generalmente a la denominada “Carta de Ottawa”, surgida de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en 1986 en Ottawa, Canadá, y adoptada por 112 participantes procedentes de 38 países. En dicho documento, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Asimismo, este modelo no descuida sino que también busca trabajar de manera conjunta en la atención y/o tratamiento. Ambas instancias deben propiciar la articulación de la *demandas espontánea* de las personas con la *oferta del Estado y de la sociedad civil* que trabajan dando respuestas a estas problemáticas.

Esta perspectiva de trabajo busca conocer y valorar, todas las propuestas de promoción de la salud, prevención y/o tratamiento que han mostrado alguna efectividad, sin sustituir ninguna, sino incluyendo nuevas opciones, poniéndolas en diálogo y permitiendo el intercambio y la permeabilidad entre los distintos niveles de respuestas sin desestimar que habrá un estándar mínimo de calidad para poder incluirse en este grupo. Se busca también identificar fortalezas, debilidades, obstáculos y aprendizajes en la ejecución de las mismas.

En el desarrollo del modelo integral de abordaje comunitario existen cuatro conceptos clave, enlazados entre sí:

1. El *empoderamiento*, definido como el mecanismo o proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas, a través del desarrollo de sus capacidades y recursos, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2005; Chapela Mendoza, 2007).

¹³ Lo local se refiere al mismo tiempo al componente geográfico/espacial y a la dimensión cultural y simbólica.

2. La *participación social*, que según Muller (1979) permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones.
3. La *asociatividad*, definida como la densidad del tejido social, de las relaciones entre las personas y entre las agrupaciones y las organizaciones, lo que genera entre los miembros de una comunidad prácticas de cuidado relacional, de seguridad y de protección.
4. El *sentido de comunidad*, que se refiere al sentimiento de pertenencia de los miembros de una comunidad que sienten que son importantes para el grupo y los hace compartir una conexión emocional entre sí.

A su vez, un abordaje que busque trabajar de manera integral la problemática del consumo de drogas debe tener como meta la articulación de sus acciones con otros actores individuales y sociales: sector salud, educativo, desarrollo social y económico, laboral, seguridad y justicia. Teniendo en cuenta que esto debe realizarse en un doble movimiento: a) hacia el interior, atrayendo a todos los actores, instituciones y redes que trabajen directamente en torno a esta problemática y b) hacia el exterior, haciendo presente la temática de los consumos de drogas en el resto de las políticas sectoriales y participando en las instancias de articulación.

Teniendo en cuenta que una característica básica de las sociedades actuales es la reducción de la participación social expresada en buena medida en el debilitamiento de rituales que vinculaban a las personas entre sí, los programas socio-comunitarios favorecen la movilización social en lo que concierne especialmente a la “religación”, es decir, a la producción de identidades grupales y pertenencias. El involucrar a las personas en actividades colectivas cuestiona el individualismo y la apatía. Se tiende así a superar la atomización social y a favorecer la autonomía de los individuos y los grupos (Menéndez, 2006).

La psicología comunitaria ofrece un marco apropiado para la consideración de estos aspectos, dado que, como dicen Lapalma y de Lellis (2012), existen cinco elementos que configuran su programa básico: a) la necesidad de incluir la participación de las personas en las intervenciones sociales que las involucran; b) tener como meta el cambio de las condiciones socioambientales que representan obstáculos para el desarrollo pleno de las personas y las comunidades; c) el propósito de anticipar consecuencias o daños que puedan surgir de dichas condiciones, es decir, el enfoque preventivo; d) la meta del desarrollo humano y el bienestar de las personas y los grupos; e) reconocer la dimensión del poder.

La estrategia más operativa para alcanzar este objetivo son las llamadas “políticas participativas” (Giorgi, 2012), que giran alrededor de tres ejes fundamentales: el rol activo de las personas como “sujetos de derecho”, la construcción de ciudadanía concomitante a ello y el logro de autonomía.

El fortalecimiento de la movilización social, del sentido de comunidad y del empoderamiento/fortalecimiento en la comunidad genera una creciente “asociatividad”, definida como la generación de redes y organizaciones (Torres y Carvacho, 2008; Krause *et al.*, 2008). En el marco de la propuesta Eco2, una red social consiste en un campo de relaciones que las personas establecen en un determinado espacio y tiempo (Milanese, 2012). En este espacio de encuentros, las personas construyen su identidad y son reconocidas por los demás en su propio contexto. Por ello, puede pensarse en una red social como un sistema que se auto-reproduce, el cual reproduce no solo su estructura, sino también sus elementos (los sujetos). Por esta razón, ningún elemento tiene existencia independientemente de los otros, ellos son el producto del sistema. (Machín, Velasco, & Moreno, 2010: 111 en Milanese, 2012).

En el cuadro siguiente planteamos las características de lo que llamamos modelo integral comunitario en contraposición con lo que denominamos modelo moralista-normativo (entendido también como modelo médico hegemónico) (Kornblit, Camarotti, Di Leo, 2010; 2012). Dicho cuadro sintetiza dos posturas diferentes y extremas de abordaje a este tipo de problemática.

Cuadro 3: Modelos de abordaje de problemáticas sociales

Dimensiones	Modelo moralista-normativo	Modelo integral-comunitario
Concepción de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría cerrada: modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005) orientado hacia la enfermedad • como problema individual 	<ul style="list-style-type: none"> • Categoría abierta: crítica al modelo médico hegemónico • Condiciones y experiencias personales y comunitarias • Bien común – derechos de salud
Objetivos de las acciones con la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Promover cambios en las personas mediante la intervención en sus entornos inmediatos, busca modificar pautas de comportamiento. • Intentar prevenir riesgos y/o daños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acentuar la influencia mutua entre los sujetos y sus ambientes y alentar la problematización de los factores macroestructurales y de la exclusión, evitando la naturalización de los problemas.
Concepción de los sujetos	<ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios/destinatarios pasivos de las intervenciones sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sujetos de derecho participando activamente en todas las instancias de las acciones comunitarias.
Marco operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Promotor de la salud como modelo de rol • Participación comunitaria: profesionales médicos participan en las instituciones dictando charlas o conferencias • Promover el fortalecimiento individual (autoestima, desarrollo de habilidades, resiliencia) lo que implica la búsqueda de salidas individuales a situaciones colectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Basa su trabajo en los cuatro aspectos que integran el modelo denominado de acción-competencia (Jensen; 1997).¹⁴ • Fortalecimiento individual y colectivo, teniendo en cuenta las relaciones de poder. • Formación de redes entre actores colectivos • Promover la conciencia crítica y el reconocimiento y ejercicio de los derechos. • Postular la participación como un derecho y considerar la toma de decisiones de modo compartido, redefiniendo el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad. • Alimentar el sentido de pertenencia de los sujetos a sus comunidades.

Fuente: Kornblit *et al.*, (2012).

¹⁴ Desarrollado en la página 21 de este documento.

A modo de ejemplo podemos citar que el concepto de integralidad ha sido incorporado en la constitución de Brasil de 1988, a partir de la Reforma Sanitaria Brasileña. Dicho concepto se define como:

- integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud
- forma de actuación profesional que abarcando las dimensiones biológica, psicológica y social garantice la continuidad de la atención
- articulación de políticas públicas a través de la acción intersectorial, de modo de incidir sobre los determinantes de la salud y las condiciones de vida.

Según estos postulados, los servicios de salud que trabajan con una perspectiva de integralidad adoptan ciertas premisas:

- supremacía de la prevención y la promoción de la salud
- garantía de atención en los 3 niveles de complejidad
- articulación de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación
- abordaje integral del individuo y la familia

5.2. Consideraciones para el abordaje de las vulnerabilidades sociales

Recuperando los planteos de Ayres *et al.* (2008) consideramos que un concepto que ha demostrado ser de utilidad para este tipo de abordajes es el de *vulnerabilidad*. El mismo busca visibilizar a grupos sociales e individuos en situaciones de fragilidad social, política y/o jurídica, en la promoción, protección o garantía de sus derechos de ciudadanía. Este concepto se introduce en la salud pública como resultado de intersecciones entre el activismo ante la epidemia de sida y el movimiento de los Derechos Humanos, en el esfuerzo por superar la noción de riesgo individual en una nueva perspectiva de vulnerabilidad social.

El concepto epidemiológico pasó de ser el de grupo de riesgo a comportamientos de riesgo, que tiende a retirar el peso de la estigmatización de las personas, universaliza la preocupación por el problema y estimula una implicación activa en la prevención. De este modo, dicho concepto deja claro que el cambio hacia un comportamiento protector no se alcanza solo con la información y voluntad, sino con recursos culturales, económicos y jurídicos que están en la actualidad desigualmente distribuidos entre grupos.

Los análisis de vulnerabilidad no prescinden de los análisis epidemiológicos de riesgo. Establecer asociaciones probabilísticas de la distribución poblacional del consumo entre diferentes condiciones objetivas mensurables como sexo, edad, profesión, prácticas sexuales, etc., seguirá siendo una importante fuente de información. No se trata de aceptar el riesgo como condición constitutiva de la pobreza, de la falta de recursos, sino de no conformarse con la falta de alternativa, de la que el riesgo de los comportamientos es sólo una expresión.

Hay que tener en cuenta que la vulnerabilidad no es binaria sino multidimensional y relacional; no es unitaria, siempre hay graduaciones; no es estable, muda constantemente a lo largo del tiempo y que las personas no son vulnerables sino *están vulnerables*. Los abordajes de reducción de vulnerabilidad han procurado ampliar el objetivo de sus intervenciones desde el plano individual hacia el plano social. La actitud constructivista es la que mejor contribuye a que las personas puedan buscar y apropiarse de las informaciones que tengan sentido para ellas, movilizarse y hallar las alternativas prácticas que permitan superar las situaciones que las hacen vulnerables.

François Delor y Michel Hubert (2000) proponen analizar las vulnerabilidades como un proceso –no como una situación puntual–, analizando las articulaciones entre lo individual y lo social a partir de tres dimensiones interrelacionadas:

- a) *trayectorias individuales*: tener en cuenta en las diferentes biografías los acontecimientos, hechos, situaciones que marcan giros existenciales, cuya consideración resulta fundamental para entender las transformaciones en sus prácticas y/o niveles de exposición a situaciones de riesgo;
- b) *vínculos e interacciones*: las prácticas de riesgo requieren del encuentro de, al menos, dos personas que actúan en función de sus experiencias, las posiciones que ocupan en la interacción y el tipo de relación que establecen entre sí;
- c) *contextos socio-institucionales*: las normas e instituciones sociales, políticas y culturales van condicionando y mediando las prácticas y relaciones entre individuos, suministrando o negándoles el acceso a determinados recursos y capitales y, por ende, afectando sus niveles de exposición a situaciones de riesgo.

5.3. El cuidado: saberes y prácticas. Una categoría ampliada

En una relación directa con las vulnerabilidades surgen las prácticas de cuidado. Una manera de disminuir la vulnerabilidad es aumentando las posibilidades de generar prácticas de cuidado. La noción de cuidado ha estado directa o indirectamente vinculada al sistema de atención de la salud. No obstante, no puede desconocerse que también incluye otras prácticas y saberes, así como otras éticas.

Desde esta perspectiva del cuidado se debe partir del trabajo territorial, es decir, se debe entender que son todos los actores sociales que forman parte del espacio comunitario quienes reciben y llevan a cabo prácticas de cuidado consigo mismos y con los otros. El cuidado no puede entenderse sino a partir de las relaciones que se producen entre las personas. Por ello, es importante visibilizar el trabajo que se viene haciendo en este sentido. Los sujetos construyen y establecen prácticas de cuidado más allá de los centros de salud lo que muchas veces se traduce en una mayor efectividad en las formas de cuidar y en los resultados que esto produce. Entre las razones encontramos que este tipo de prácticas generan una mayor sensibilidad, confianza, pertenencia, horizontalidad lo que se traduce en un mayor bienestar de las personas.

Es en este sentido que queremos plantear a las redes como una forma de *cuidado relacional*. Las redes expresan los vínculos existentes entre las personas y constituyen los recursos principales de una comunidad, lo que no nos debe hacer olvidar que también pueden ser el dispositivo de producción del sufrimiento social y de exclusión. Trabajar en la visibilización de estas redes, muchas veces ya existentes en la comunidad, en el fortalecimiento de los vínculos que en ellas se generan nos permite recuperar y entender las prácticas presentes y ausentes de cuidado (Milanese, 2012).

5.4. Consideraciones generales y paso a paso de las respuestas integrales y comunitarias aplicadas a la reducción de la demanda de drogas

5.4.1 Consideraciones generales

Este plan de trabajo no debe descuidar las características del modelo integral de abordaje comunitario. A continuación sintetizamos los aspectos fundamentales:

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

5.4.2. Paso a paso del proceso de lo comunitario

Un modelo integral de abordaje comunitario debe partir de los recursos existentes en la comunidad (personas, ideas, vínculos, relaciones, estructuras, instituciones, presupuesto) para ponerlos en vinculación y diálogo. Para comenzar a trabajar en este sentido, como expresamos

anteriormente, se puede partir de la demanda impulsada por la propia comunidad, por ejemplo, se parte de una demanda concreta de búsqueda de “otras/nuevas/diferentes respuestas a los consumos de drogas” porque entienden que las existentes no son suficientes, porque no generan los resultados esperados, o porque no las hay; o bien, puede iniciarse a partir de un grupo de actores sociales que comprenda que esa comunidad es un área fértil para comenzar a construir un modelo integral de abordaje comunitario partiendo de las respuestas existentes en la misma e incluyendo a todos los actores que de algún modo se encuentran trabajando en el tema brindando algún tipo de respuesta al respecto.

En ambos casos se prioriza y se parte de las demandas de la comunidad, por eso el respeto y la capacidad de llevar a cabo un proceso de construcción participativa son los elementos prioritarios en este tipo de prácticas. Como punto de partida podemos destacar las siguientes acciones, las cuales deben entenderse como momentos que se dan de manera simultánea y dialéctica permitiendo la retroalimentación de unos con los otros:

IDENTIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> • La/s problemática/s del territorio • Actores -individuales y sociales-; instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil. Recursos humanos, financieros y programáticos.¹⁵
REUNIR	Diferentes actores a dialogar y a pensar en acciones de trabajo conjunto.
ORGANIZAR	Un proceso de sensibilización y capacitación conjunta.
FORTALECER y ARTICULAR	Los recursos existentes en esa comunidad.
TRABAJAR	Los representantes de la comunidad y de las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones estatales de manera conjunta en el diseño y armado de respuestas para esa comunidad.

Para que este proceso organizativo, de fortalecimiento, articulación, trabajo y autonomía económica (garantía para la continuidad y sostenibilidad en el tiempo) sea posible, es fundamental la relación que se establezca con el conjunto de las personas que viven en el territorio siendo éste el punto de partida para el trabajo comunitario.

¹⁵ Comprenden las respuestas existentes en la comunidad: programas, actividades, acciones, redes, etc.

5.4.2.1 IDENTIFICAR los problemas de la comunidad

Identificar en qué se va a trabajar tiene que ver con indagar sobre las necesidades y problemas de la comunidad. Mediante la recolección de información sobre las preocupaciones de la comunidad y la identificación de las fortalezas que presenta ese grupo social, los miembros de la misma pueden comprender en qué aspectos deben enfocar el trabajo futuro. Es importante partir de la escucha comunitaria para lograr el mayor consenso entre los actores comunitarios lo que garantizará un mayor y mejor involucramiento en las prácticas que se lleven a cabo.

Para ello se recomienda la utilización de metodologías de diagnósticos multimodales (cuali-cuantitativos) y participativos. Se dispone de diversos métodos como los *Diagnósticos Rápidos Participativos*, los *Análisis de Situación de Salud (ASIS)*¹⁶ y el *Sistema de Diagnóstico Estratégico Situacional (SIDIES)*,¹⁷ para la construcción colectiva de la situación problema. Para ello, se deben utilizar tanto los datos disponibles de los sistemas de información que operan en el territorio (salud, educación, asistencia social, policía, planeación, entre otros) y las vivencias de la comunidad frente a la situación, así como las experiencias previas de intervención o abordaje de la situación considerada problemática. Con esto estamos entendiendo un diálogo que respete y valore los saberes de los líderes que la comunidad reconoce como tales (Ver líderes de opinión en Milanese, 2012 pp. 122).

Construcción de datos

Los relevamientos de datos importantes para la identificación del problema y el consecuente desarrollo del proyecto comunitario a implementar son de dos tipos:

- La identificación de los datos secundarios que existan en la localidad, como registros de casos, estadísticas, etc., que configuran los sistemas de información en salud¹⁸ (control de los casos existentes y de los nuevos casos, consultas asistenciales relacionadas con el consumo drogas, la deserción escolar, el vínculo familiar o la percepción de inseguridad en la comunidad).

¹⁶ El ASIS es una metodología impulsada por la OMS/OPS en el marco de la Funciones Esenciales de la Salud pública para la toma de decisiones transectoriales con el fin de mejorar y mantener la salud y el bienestar de las poblaciones. Ver: Boletín Epidemiológico 20 años, OPS (1999). *Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS)*, Vol. 20, No. 3

¹⁷ El SIDIES es una metodología de trabajo participativo para el conocimiento de la comunidad, la reflexión y la comprensión de la misma que posibilita la construcción de una estrategia de acción sobre situaciones consideradas problemas por la comunidad. Ver: Modelo zonas de Orientación Escolar (ZOE) en Colombia.

¹⁸ Los sistemas de información en salud incluyen subsistemas que procesan la información sobre: recursos económicos, personas: registro de atenciones en salud en los diferentes servicios, adicionalmente el subsistema de vigilancia epidemiológica registra los eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria, recursos, ambiente (situación ambiental, infraestructura). Adicionalmente existen mecanismos de gestión del conocimiento como los observatorios que recolectan y analizan datos y socializan la información sobre alguna temática en particular o evento de interés en salud pública.

- La construcción de mapas conteniendo los escenarios en los que puede producirse el consumo de drogas o situaciones de riesgo relacionadas, así como las redes, los servicios comunitarios y asistenciales, y los actores que participan.

Comprensión del problema desde una perspectiva territorial

Una vez recolectada la información sobre el problema y cómo se enmarca en la comunidad, junto a la sistematización de las respuestas que ofrecen las instituciones y organizaciones; sumadas a las respuestas que la comunidad ha ido generando, se hace necesario interpretar y analizar los datos recogidos, es decir, hallar los sentidos y el significado que dicha información asume en ese grupo social particular. Luego se debe realizar un balance entre lo que hay y lo que falta construir.

Como expresan Rootman y Moser (1985), siempre hay que tener en cuenta que de poco servirá estudiar la conexión de factores y variables especiales con problemas generados por el consumo de drogas, si estos últimos no pueden ser modificados mediante la intervención de la comunidad: el acopio de información, el análisis de los datos y la presentación de los resultados deben destacar los factores que la comunidad está en condiciones de modificar.

5.4.2.2. IDENTIFICAR la “comunidad”

Cuando se habla de trabajo comunitario se pone el énfasis en fortalecer los vínculos de las personas entre sí y sus derechos como ciudadanos, a través de la implicación en proyectos colectivos, para reducir así los riesgos de la exclusión social.

La comunidad está compuesta por actores individuales y sociales que viven en ese territorio, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones gubernamentales, las redes formales e informales que de uno u otro modo buscan mejorar sus condiciones de vida. Con todos estos actores buscaremos trabajar y llevar a cabo el modelo integral de abordaje comunitario. En este sentido, lo que se busca es construir un mapa de actores y de sus relaciones.

Identificar los recursos humanos, financieros y programáticos es una manera de que la comunidad se los apropie, decida sobre su uso y los utilice en pos de sus necesidades.

5.4.2.3. REUNIR. La importancia de conocer las respuestas comunitarias

El primer paso es el reconocimiento de la existencia de relaciones entre los actores sociales previas al facilitador externo. Se busca reunir a los representantes de las organizaciones y los líderes de la comunidad, para lograr que, en algunos casos se conozcan, sepan que están haciendo, de qué modo lo hacen y se genere un espacio de reflexión y puesta en común en torno a aspectos fundamentales para este tipo de abordaje. Los actores individuales y sociales que se sumen al trabajo deben tener presentes los siguientes aspectos generales que no pueden faltar en las intervenciones comunitarias dirigidas a su fortalecimiento.

- La consideración del derecho a la salud, que implica la garantía, por parte del Estado, de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de protección, promoción y atención de la salud.
- Promover el análisis crítico de las condiciones de vida y las situaciones por las que atraviesan las personas para alentar la reflexión sobre sus causas y sus consecuencias.
- Resaltar la existencia de redes sociales y promover su vinculación.
- Promover la participación como un derecho y alentar la toma de decisiones compartida, reforzando el diálogo entre los miembros de la comunidad y los profesionales que participan en los proyectos comunitarios.
- Promover y revalorar las tradiciones de la comunidad.
- Trabajar sobre las posibles situaciones de exclusión que pueden sufrir diferentes miembros de la comunidad.
- Trabajar sobre la dimensión de género para favorecer las relaciones igualitarias entre varones y mujeres.
- Desarrollar la capacidad de enunciación, para poder decir, escuchar y ser escuchado (escucha comunitaria).
- Vigilar la existencia de prácticas en las instituciones educativas y sanitarias que atenten contra los derechos de acceso de las personas a las mismas.
- Reconocer los recursos, capacidades, potencialidades y fortalezas existentes en las personas y en las comunidades.
- Desarrollar capacidades de trabajo en equipo.
- Abrir canales de comunicación intergeneracional basados en el respeto mutuo.

5.4.2.4. ORGANIZAR. Sensibilización y capacitación de los profesionales, referentes, operadores comunitarios, líderes comunitarios y miembros de la comunidad

En relación a la sensibilización y capacitación de profesionales y de referentes comunitarios para llevar adelante este tipo de programas, Ornelas *et al.* señalan que existen tres aspectos prioritarios:

- a) capacitar en la prevención y la promoción de la salud;
- b) empoderar a las personas y grupos sociales y
- c) trabajar en el desarrollo del planeamiento, la implementación y la evaluación de programas de base comunitaria.

Las prácticas comunitarias requieren por parte de los participantes, y sobre todo de los organizadores, ciertas aptitudes específicas, que principalmente son:

- Habilidades interpersonales en el vínculo con las personas, comprendiendo la capacidad de empatía en relación con los problemas particulares de las personas y capacidades organizativas.
- Capacidad comunicacional para expresarse y escuchar a los demás.
- Capacidad para el trabajo en equipo.
- Capacidad para manejar los disensos y arribar a consensos.

Estas aptitudes pueden ser desarrolladas a través de la capacitación, pasantías, intercambios de experiencias entre pares, mecanismos de experiencias demostrativas (que no solo incluyen las exitosas) cuya forma de llevarse a cabo variará según los objetivos del proyecto. Puede realizarse por partes en un período largo de tiempo (semanas o meses), puede hacerse de un modo intensivo en un fin de semana o puede ser una combinación de ambas opciones. La primera de ellas probablemente favorecerá que un número mayor de personas participe; la segunda permite que las personas se conozcan entre sí y se unan como equipo, y una combinación puede permitir ambas cosas. Con el fin último de analizar y sistematizar las debilidades, fortalezas, capacidades y potencialidades que tiene las comunidades, es decir, hacer visible los recursos presentes en las mismas.

5.4.2.5. FORTALECER Y ARTICULAR. Poner en diálogo las respuestas preexistentes con las necesidades de la comunidad.

Organizar encuentros que permitan conocerse, saber del otro, qué hace, cómo lo hace, con quiénes lo están llevando a cabo, cuáles son los vínculos y las relaciones que hasta el momento pudieron consolidar, cuáles pueden establecerse a futuro.

Diagnóstico y áreas de vacancia de las respuestas comunitarias:

1. Partir de la realización de un relevamiento de las respuestas que se han venido desarrollando.
2. Análisis de las respuestas atendiendo a sus líneas de trabajo
3. Identificación de los obstáculos y las fortalezas por las que atraviesan en su funcionamiento.

En el marco metodológico del trabajo, se aplicarán técnicas cualitativas. La tarea se planifica en tres etapas:

- a) *Pre-taller*: tendrá como objetivo elaborar un documento con el estado de situación de las intervenciones relativas a la prevención y la atención del consumo de drogas en la comunidad. A partir de entrevistas a referentes comunitarios (organizaciones sociales, academia, equipos territoriales referentes del trabajo comunitario), listado y mapeo de las experiencias, entrevistas a coordinadores, profesionales o técnicos y/o usuarios/beneficiarios.

- b) *Taller*: se organizarán espacios de trabajo en donde converjan diferentes actores, con múltiples pertenencias disciplinarias e institucionales, para debatir el documento desarrollado en el pre-taller y generar criterios consensuados del panorama de actuación comunitaria.
- c) *Pos-taller*: se elaborará un Resumen Ejecutivo que refleje un estado de situación y mapeo de las intervenciones existentes. El mismo será compartido con los participantes del taller para que hagan sus observaciones y aportes.

5.4.2.6. TRABAJAR en el diseño y en el plan de acción

Concluida la etapa anterior, donde se lograron sistematizar las diferentes respuestas y la función de cada actor social e individual en este proceso, se debe construir un sistema de respuestas, en donde las respuestas logren dialogar entre sí, se retroalimenten, aprendan de las fortalezas y de las debilidades de cada una de ellas para poder transformarse en una red de respuestas.

Para poder sostener este trabajo en el tiempo y generar un impacto, las respuestas tienen que estar en continuo intercambio, generando permeabilidad, retroalimentación y una cultura de actuación conjunta. Cuando este proceso se transforma en un *sistema de respuestas comunitarias* está en condiciones de realizar acciones que debiliten al sistema que genera el consumo de drogas en las comunidades.

5.5. Evaluación de las intervenciones comunitarias

La evaluación de proyectos es la acción que posibilita estimar el grado en que se están logrando o bien se lograron o no los objetivos o metas que la comunidad se ha propuesto, para los que se ha planteado el proyecto. Es un instrumento que permite visualizar problemas o dificultades y corregir a tiempo los procesos en marcha.

5.5.1. La evaluación participativa

La evaluación participativa involucra a todos los interesados en el proyecto – aquellos directamente afectados por éste o que participan en su realización –, en su comprensión y en la aplicación de esta comprensión a la mejora del trabajo. El verdadero propósito de una evaluación no es sólo hallar qué ha sucedido, también incluye utilizar la información para mejorar las respuestas, es por ello que debe comenzar en el inicio mismo del proyecto.

La evaluación participativa tiene una serie de ventajas, las principales son:

- Brinda una mayor perspectiva de las necesidades iniciales de los participantes y de los efectos finales de las respuestas.
- Puede proporcionar información que de otra forma no se obtendría.
- Indica qué funcionó y qué no.

- Puede indicar por qué algo funciona o no.
- Puede indicar que mejoras se deben hacer para que funcione
- Da como resultado una respuesta más efectiva.
- Permite visualizar el costo beneficio de las acciones llevadas a cabo.
- Da poder a los participantes de la comunidad.
- Puede dar voz a aquellos que a menudo no son escuchados.
- Capacita en habilidades que pueden ser usadas en otras áreas de la vida.
- Fomenta el trabajo colaborativo.

5.5.2. Tipos de evaluación

Pueden diferenciarse tres tipos de evaluación:

- *De procesos*: también llamada seguimiento, es una evaluación que se hace durante el transcurso o desarrollo del proyecto.

- *De resultados*: es la evaluación final o ex-post, que se realiza una vez finalizado el proyecto; determina el o los resultados de las actividades desarrolladas en función de los objetivos propuestos originalmente.

- *De impacto*: se refiere a modificaciones sustantivas, estables y permanentes que se logran con la ejecución del proyecto, respecto del o los problemas.

Se recomienda la implementación de un sistema basado en estándares mínimos de calidad que garantice una mirada ética-científica con miras a un mejoramiento continuo. Es importante tener en cuenta que bajo este sistema se identifican momentos clave de la implementación de las respuestas para llevar a cabo el monitoreo necesario y así efectuar los ajustes correspondientes para lograr el resultado a largo plazo.

Bibliografía

- Ayres, J. R. M. C.; França Júnior, I.; Junqueira Calazans, G. y Saletti Filho, H. C. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (org.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar.
- Camarotti, A. C. (2010). Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires. *Tesis Doctoral de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales*, Inédito.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Chapela Mendoza M. del C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo Soto y E. Guinsberg (editores), *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- CICAD (2009). *Principios básicos del tratamiento y la rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio*.
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre la prevención y promoción. En D. Czeresnia, C. Machado de Freitas (org.), *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar.
- Delor, F. y Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine*, 50, pp. 1557-1570.
- Di Leo, P. F. (2010). Tensiones en las experiencias escolares de jóvenes entre la lucha por el reconocimiento y la confianza instituyente. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 56 (3), pp. 183-191.
- Documento de la Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones (2010). *Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención a las Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007). *El equilibrista*. Tomo I. Montevideo: Frontera.
- FONGA (2010). *Lineamientos para una comprensión integral del problema de las drogas. Educación, prevención y asistencia en adicciones desde la perspectiva de las organizaciones no gubernamentales*. Buenos Aires, Argentina.
- Giorgi, V. (2012). Entre el control tutelar y la producción de ciudadanía: aportes de la Psicología Comunitaria a las políticas de infancia. En J. Alfaro, A. Sanchez y A. Zambrano (comps.), *Psicología comunitaria y políticas sociales*. Buenos Aires: Paidós.

- Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. En *Health Education Research. Theory & Practice*, Vol. 12, 4, pp. 419-428.
- Kokoreff, M. (2004). Seminario de Doctorado "Sociología de las drogas y antropología de los territorios". Organizado por Centro Franco- Argentino, Buenos Aires.
- Kornblit, A. L. (2009). Propuesta para un modelo de promoción de la salud. En *VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Agosto, Buenos Aires.
- Kornblit, A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F. (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulos teóricos y actividades complementarias de ejercitación y trabajo en el aula*. Ministerio de Educación de la Nación - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA - UNICEF Argentina.
- Kornblit A. L.; Camarotti, A. C.; Di Leo, P. F. (2012). Cultura y subjetividades: un enfoque alternativo al de conductas de riesgo. Implicancias para intervenciones comunitarias. En *II Congreso Internacional: Adicciones: un enfoque socio-sanitario*. Ciudad de Salta: Secretaría de Salud Mental y Abordaje Integral de las Adicciones, Ministerio de Salud Pública, Gobierno de la Provincia de Salta.
- Kornblit, AL.; Mendes Diz, AM. (2004). Teoría y práctica en promoción de la salud: el caso del consumo abusivo de drogas. En A. L. Kornblit (coord.), *Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Krause, M.; Velasquez, E.; Jaramillo, A.; Torres, A.; Turro, C.; Ramirez, M.T.; Bustamante, I.; *et al.* (2008). De destinatarios a pares: El desafío de trabajar con comunidades empoderadas. En C. Vázquez, M. Figueroa, W. Pacheco, & D. Perez (Eds), *Psicología comunitaria internacional: Agendas compartidas en la diversidad*. Puerto Rico: UPR.
- Lapalma, A. y de Lellis, M. (2012). Psicología Comunitaria y políticas públicas: una articulación posible y necesaria. En J. Alfaro, A. Sánchez y A. Zambrano (compiladores), *Psicología comunitaria y políticas sociales. Reflexiones y experiencias*. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Editorial Alianza Mexicana.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, (14), pp. 33-69.
- Menéndez, E. (2006) Las múltiples trayectorias de la participación social. En E. Menéndez y H. Spinelli (coord.), *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Lugar.

- Milanese, E. (2009). *Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave – Manual de trabajo para el operador*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Milanese, E. (2012). *Tratamiento Comunitário. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas*. Sao Paulo: Instituto Empodera.
- Montero, M. (2005) *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Moro, J. (2000). Problemas de agenda y problemas de investigación. En C. Escolar (ed.), *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*, Madrid: CIS.
- Muller F. (1979) *Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina*. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Paiva, V. (2006). Analizando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. En C. F. Cáceres, M. Pecheny, T. Frasca, G. Careaga (editores) *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH.
- Picchi, M. (1990). *La prevención en la escuela*. Madrid: Proyecto Hombre.
- Pinheiro, R.; Burg Ceccim, R. (2009). Experienciación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad. En R. Pinheiro; R. Burg Ceccim; L. Koifman; R. Araujo de Mattos (compiladores) *Enseñar salud. La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud*. Buenos Aires: Teseo.
- Restrepo, H.; Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y razones*, Barcelona: Ariel.
- Rootman Y. y Moser J. (1985). *Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Stachtchenko, S. y Jenick, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs. *Canadian Journal of Public Health*, 81, pp. 53–59.
- Torres, A. y Carvacho, H. (2008). "Mesa barrial en la población Yungay". En *II Conferencia Internacional en Psicología Comunitaria*. Lisboa, 4-6 de junio.
- Wald, G. (2009). Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa N° 15 de la Ciudad de Buenos Aires. En *Salud colectiva*, Vol.5, (3), pp. 345-362.