

ARTÍCULOS ORIGINALES

LA PREVENCIÓN DE LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA: UN MODELO PARA ARMAR

Prevention of Problematic Drug Consumption from a Community Perspective: A Model Kit

Alejandro Capriati,¹ Ana Clara Camarotti,¹ Pablo Di Leo,¹ Gabriela Wald,¹ Ana Lia Kornblit¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En el estudio del consumo problemático de drogas; hay dos modelos hegemónicos que se han aplicado hasta la actualidad: el ético-jurídico y el médico-sanitario. OBJETIVOS: Identificar instituciones y organizaciones cuyas estrategias estén en línea con el modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas, para así ampliar y fortalecer dicho modelo. MÉTODOS: Se trabajó con un diseño exploratorio-descriptivo. Para la producción, el procesamiento y el análisis de la información, se utilizó una estrategia metodológica cualitativa. La información se relevó mediante entrevistas en profundidad. Se exploraron trayectorias y actividades de distintas instituciones y organizaciones en la ciudad de Buenos Aires y en partidos del Gran Buenos Aires. El análisis de los datos permitió corroborar las dimensiones constitutivas del modelo y profundizar la caracterización de las acciones relativas a cada dimensión. RESULTADOS: Las organizaciones relevadas se pueden agrupar en tres tipos: las que abordan los consumos problemáticos de drogas como un tema de salud pública; las que vinculan esos consumos con la marginalidad y la vulnerabilidad y las que realizan intervenciones de promoción de la salud, como iniciativas deportivas, educativas, comunicacionales y culturales. CONCLUSIONES: Es importante asegurar la sostenibilidad de este tipo de proyectos para desarrollar una política pública más eficaz e integral en materia de drogas.

ABSTRACT. INTRODUCTION: Problematic drug use has been addressed so far by two dominant approaches: the ethical-legal and the medical models. OBJECTIVES: To identify institutions and organizations whose strategies are in line with the so-called socio-community approach to problematic drug use and thus to expand and strengthen the model. METHODS: An exploratory-descriptive design was used. For the production, processing and analysis of information, a qualitative methodological strategy was used, collecting data through in-depth interviews. The study explored trajectories and activities of various institutions and organizations in Buenos Aires city and the Great Buenos Aires. The data analysis allowed to define the constitutive dimensions of the model and to characterize the actions related to each dimension. RESULTS: The organizations under study were of three types: the ones addressing problematic drug use as a public health issue; the ones relating that use to marginality and vulnerability; and the ones making health promotion interventions in the field of sport, education, communication and culture. CONCLUSIONS: It is important to ensure the sustainability of these projects in order to develop a more effective and comprehensive public policy in the field of problematic drug use.

PALABRAS CLAVE: Abuso de drogas - Vulnerabilidad social - Participación comunitaria - Promoción de la salud

KEY WORDS: Drug abuse - Social vulnerability - Community participation - Health promotion

¹ Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. CONICET

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativía", categoría Estudio Multicéntrico, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 5 de mayo de 2014

FECHA DE ACEPTACIÓN: 5 de enero de 2015

CORRESPONDENCIA A: Alejandro Capriati
Correo electrónico: alejandrocapiati@gmail.com

RENIS N°: IS000463

INTRODUCCIÓN

A pesar de los esfuerzos gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de los particulares para encarar el consumo problemático de drogas en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina, y de los recursos invertidos en las respuestas implementadas, los resultados obtenidos hasta la fecha han sido magros.¹⁻⁴ Algunos de los factores que han impedido alcanzar los niveles de eficacia esperados son: creer que el consumo de drogas podría ser eliminado en el mundo, en lugar de aceptar que las drogas han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos; aceptar la falsa dicotomía entre drogas ilícitas y legales, aun cuando se trata de una división arbitraria; imponer autoritariamente el modelo abstencionista, contracara del paradigma prohibicionista,

que no tiene en cuenta el respeto de los derechos de las personas; encarar las respuestas sanitarias al consumo problemático de drogas fundamentalmente desde la asistencia a los usuarios, sin priorizar esfuerzos preventivos en relación con las causas del consumo; omitir las necesidades y demandas de los usuarios de drogas, dificultando así su acceso al sistema socio-sanitario; responder al consumo problemático de drogas en forma aislada de otras cuestiones sociales, derivadas de la marginalidad y la exclusión; dejar de lado la participación de los usuarios en la gestión de sus propios problemas, sin aceptarlos como interlocutores válidos para que desarrollen sus competencias y su capacidad de auto-control; desconocer las importantes diferencias entre tipos de consumo de drogas, homologando así grupos sociales y prácticas tan disímiles como el consumo de pasta base por parte de sectores juveniles socialmente excluidos y el de las llamadas drogas recreativas por parte de jóvenes de clases medias y altas; contribuir a la estigmatización de los consumidores de drogas, presentándolos como socialmente peligrosos, imagen multiplicada desde los medios de comunicación masiva al asociar juventud, violencia y consumo de drogas; propiciar el concepto de "escalada del consumo de las drogas", desconociendo que sólo un porcentaje pequeño incurre en consumos problemáticos; rechazar inicialmente la estrategia de reducción del daño, que pretende dotar a los individuos de cierto control sobre sus prácticas a partir de la identificación de los riesgos y de las situaciones de vulnerabilidad en las que viven; priorizar la identificación de los factores de riesgo a los factores protectores, las prácticas de cuidado y la solidaridad.

El modelo socio-comunitario que aquí se presenta se diferencia de los dos abordajes más difundidos en esta sociedad: el ético-jurídico y el médico-sanitario. Aunque estos modelos y sus prácticas de intervención surgieron hace ya varias décadas y su eficacia ha demostrado ser relativa, continúan siendo hegemónicos. A diferencia de ellos, el modelo socio-comunitario toma en cuenta el contexto en el que se dan las prácticas de consumo y apunta a prevenir los efectos que dichas condiciones pueden ocasionar. Por ende, enfatiza la prevención inespecífica, ampliándola con los desarrollos de la promoción de la salud, que considera a la salud como un recurso para la vida diaria. El modelo socio-comunitario se caracteriza por los siguientes aspectos, que no son contemplados en los dos modelos anteriores: prioriza la prevención y la promoción de la salud a nivel grupal frente al nivel asistencial individual; promueve la participación de la comunidad en los proyectos e intervenciones que la tienen por objeto; busca disminuir los riesgos que acompañan al consumo de drogas, en lugar de intentar suprimirlos en su totalidad prohibiendo el consumo; apunta a modificar las condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas, es decir, los factores de riesgo, y explora y potencia aspectos que disminuyen la probabilidad de dicho consumo, es decir, los factores de protección; trabaja intersectorialmente entre los servicios de salud, sociales y educativos públicos y de organizaciones de la sociedad civil, favoreciendo la creación

de redes institucionales; actúa de un modo descentralizado en espacios locales cercanos a aquellos en los que se desarrolla la vida cotidiana de las personas; parte del supuesto de que con los usuarios de drogas se pueden acordar y pactar formas menos arriesgadas de uso, o la abstinencia cuando sea necesaria; procura comprender las concepciones del mundo de las personas a las que se dirigen los programas, dado que la ausencia de mundos compartidos impide adoptar intervenciones pertinentes; y propicia la capacidad de agencia de los individuos y los grupos.

El modelo entiende las prácticas de salud como un proceso colectivo de salud-enfermedad-atención, en el cual el consumo problemático de drogas, además de involucrar a quienes las consumen y sus allegados, compromete a toda la comunidad. Las desigualdades sociales en materia educativa, el desempleo, la precariedad laboral, la segregación socio-espacial, la discriminación y la falta de respuestas socio-sanitarias adecuadas no son el mero contexto, sino una parte constitutiva de los consumos problemáticos de drogas. El modelo apunta a desarrollar iniciativas creativas y flexibles con una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en las que converjan diversas perspectivas de abordaje teórico-práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas. Es por ello que se requieren respuestas elaboradas en la proximidad de los grupos sociales que sufren los problemas, de modo que ellas constituyan acercamientos personalizados a los escenarios y situaciones de origen.

Acontecimientos recientes avalan la necesidad de instrumentar modelos de este tipo. En 2010 se creó en Argentina la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, en el ámbito de la Secretaría de Determinantes de Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación. Por otra parte, la sanción de la Ley 26 657 "Nacional de Salud Mental" incorpora avances innovadores en el área, en especial el enfoque de derechos, y pone sobre el tapete la necesidad de que las tramas de relaciones sociales e institucionales se transformen en "comunidades que cuiden". En el mismo sentido, en el ámbito de CABA, la Ley 2 318 sobre "Prevención y Asistencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas y de Otras Prácticas de Riesgo Adictivo" destaca la multiplicidad de dimensiones presentes en el abuso de sustancias y la necesidad de generar un enfoque pluralista e interdisciplinario para una política pública. Ambas normas coinciden en afirmar que el tratamiento de las adicciones debe consistir en la alternativa terapéutica más conveniente y en la que menos restrinja los derechos y libertades de los usuarios.

El objetivo de esta investigación fue, en primer lugar, identificar estrategias acordes al modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas, modelo construido por este equipo de trabajo a partir del diálogo entre los desarrollos teóricos de distintas disciplinas y las investigaciones realizadas durante los últimos años.^{5,6} El segundo objetivo fue detectar elementos en estas experiencias que permitieran ampliar y fortalecer dicho modelo.

MÉTODOS

Se relevaron las respuestas alternativas frente a los consumos problemáticos de drogas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los partidos del Gran Buenos Aires (GBA). En el marco de un diseño exploratorio-descriptivo, se utilizó una estrategia metodológica cualitativa para la producción, el procesamiento y el análisis de la información. La entrevista en profundidad fue la técnica utilizada para el relevamiento de información. De las organizaciones/instituciones, se exploraron las siguientes dimensiones: trayectorias en su trabajo comunitario; actividades realizadas; capacitación a los referentes comunitarios; sistematización/evaluación de las actividades comunitarias; fortalezas de las iniciativas y lecciones aprendidas. Los criterios de inclusión refirieron a algunos de los aspectos característicos del modelo, definido en el apartado anterior:

- Sobre el lugar de trabajo y el tipo de organización/institución: CABA y partidos del GBA, con organizaciones/instituciones que abordan de modo específico cuestiones de salud o consumos problemáticos de drogas, como así también aquellas que colaboran en la promoción de la salud de distintos grupos (por ejemplo, instituciones que ofrecen actividades artísticas y/o deportivas).
- Sobre las actividades que realizan: acciones preventivas que no se limitan a informar sobre las consecuencias nocivas de la utilización de drogas; estrategias de prevención y promoción de la salud a nivel grupal, cuyas intervenciones potencian los factores de protección y propician la capacidad de agencia de individuos y grupos.
- Sobre el modo de trabajar: prácticas de salud que incorporan la participación de la comunidad; articulación intersectorial entre servicios de salud, programas sociales y educativos, que promueven la creación de redes institucionales; acciones en los propios territorios y espacios donde las personas desarrollan sus vidas cotidianas; concepción del usuario de drogas como sujeto de derecho y partícipe necesario en los acuerdos sobre las acciones que lo involucran.

La selección de las experiencias se realizó a partir de dos estrategias complementarias: relevamiento de instituciones/organizaciones a través de entrevistas con informantes clave con experiencia en trabajo comunitario y contactos establecidos por integrantes del equipo de investigación en trabajos anteriores. Las organizaciones fueron seleccionadas por su carácter innovador en el campo de la atención/prevenición del consumo problemático de drogas. Se realizó un total de 16 entrevistas a referentes y/o trabajadores de las organizaciones seleccionadas: 9 de ellas en CABA y 5 en partidos del GBA (General Rodríguez, La Matanza, Lomas de Zamora, Moreno y San Martín). El trabajo de campo fue desarrollado entre mayo y noviembre de 2013. Por razones de espacio, en este artículo sólo se explicitan ejemplos de algunas de las experiencias relevadas.

RESULTADOS

Las organizaciones relevadas son heterogéneas y se pueden agrupar en tres tipos: las que abordan específicamente

los consumos problemáticos de drogas como un tema de salud pública, orientadas tanto a la prevención como al tratamiento; las que abordan los consumos problemáticos de drogas en sus vinculaciones con la marginalidad y la vulnerabilidad, orientadas también a la prevención y/o al tratamiento, pero desde un enfoque integral de esas condiciones y las que realizan intervenciones de promoción de la salud, como iniciativas deportivas, educativas, comunicacionales y culturales. La mayoría trabaja en territorio. Algunas emergieron de la comunidad donde intervienen y otras se formaron cuando ciertas personas interesadas en alguna problemática social se acercaron a un barrio para trabajar en conjunto. En muchos casos, los tres tipos de organizaciones trabajan articuladamente. Por ejemplo, algunos centros de salud articulan con instituciones que realizan actividades artísticas para dar espacio a la expresividad, otorgar nuevos sentidos al tiempo de ocio y ofrecer oportunidades de formación. Muchas de las organizaciones que ofrecen actividades culturales, educativas y deportivas se acercan a los centros de salud o centros especializados para obtener capacitación sobre prevención y promoción de la salud y orientación en casos puntuales. Estas conexiones ocurren más por agenda de contactos que por acuerdos institucionales, pero muestran la relevancia de articular organizaciones con objetivos y alcances disímiles. Asimismo, hay algunos problemas que comparten todas las organizaciones relevadas. Los principales están relacionados con la financiación y, por lo tanto, con la sostenibilidad de las acciones, lo que en ocasiones obstaculiza su adecuada programación y continuidad pese a los logros obtenidos. Otra dificultad se vincula con la evaluación y sistematización de las actividades. Aunque todas las organizaciones consideran que son tareas necesarias, la mayoría revela que las propuestas de implementación resultan demasiado abstractas, tanto en su lenguaje como en sus procedimientos, a lo que se suma el hecho de que no se sabe quiénes podrían llevar a cabo esas tareas al interior de las organizaciones.

A partir del diálogo entre las herramientas teóricas citadas más arriba, los trabajos anteriores de este equipo de investigación y las experiencias analizadas en el estudio que aquí se presenta, se identificaron seis dimensiones o rasgos que caracterizan al modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Las dimensiones funcionan de manera articulada, y algunas de ellas se implican mutuamente. En este modelo, la comunidad es la protagonista a la hora de buscar soluciones a los problemas, pero no se la entiende desde una concepción romántica, como armónica y homogénea, sino como un espacio social en permanente construcción, atravesado en distintos grados por la diversidad, el conflicto y la cooperación. Lo comunitario alude a un 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. La comunidad

local es el conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio geográficamente delimitado.⁷

Se presentan a continuación las dimensiones que constituyen el modelo y, luego de cada una de ellas, algunos ejemplos de cómo las organizaciones las han puesto en práctica.

- Promoción de la salud

Se parte de una definición amplia e integral de la salud, concibiéndola como un recurso para la vida.⁸ Las estrategias de promoción de la salud vinculadas al consumo problemático de drogas utilizan los recursos comunitarios disponibles para crear espacios a fin de reconocer las diferencias dentro de los grupos y consensuar qué forma de vida se quiere, cómo satisfacer las necesidades (particularmente de los jóvenes) y cómo crear alternativas de ocio acordes a sus intereses. Como se observa a continuación en los ejemplos 1 y 2, las actividades no se imponen desde arriba hacia abajo; no se da por sentado que son sólo los profesionales de la salud las personas adecuadas para diseñar intervenciones preventivas. Por el contrario, el trabajo conjunto con otras instituciones y la escucha activa y respetuosa de quienes padecen ciertos sufrimientos son la base de estas acciones.

Ejemplo 1: Este servicio se creó en 2004. Comenzó con actividades de atención primaria de la salud, con acciones en postas y centros externos al hospital y con promoción de la salud. El equipo de residentes lleva adelante estas tareas a través de 10 postas sanitarias, distribuidas en zonas urbanas y rurales; 4 de ellas funcionan en escuelas rurales. Se desarrollan cursos de promotores de salud y talleres abiertos a la comunidad sobre este tema. En 2012 se inició el trabajo específico sobre el consumo problemático de sustancias en la adolescencia. El proyecto incluye el desarrollo de actividades con los propios estudiantes, coordinadas por los docentes y acompañadas por el equipo de salud. En el taller con los docentes se decidió formar una red con los distintos sectores de la comunidad y trabajar con los adolescentes a partir de dinámicas lúdicas y expresión corporal, fomentando los vínculos entre ellos. Se decidió también desarrollar talleres que no remitieran al consumo ni lo mencionaran, reforzando el sentido de pertenencia grupal (intervenciones en salud en general, GBA).

Ejemplo 2: Esta organización es un centro socio-educativo, recreativo y cultural, que desde 1994 ofrece talleres y espacios de formación y expresión artística destinados a niños, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social. Está orientada a promover y fortalecer el desarrollo socio-comunitario integral. Además del apoyo escolar, desarrolla talleres de expresión artística donde los jóvenes aprenden fotografía, cine, radio y música. Asisten adolescentes en conflicto con la ley penal y con historias de consumo problemático de drogas. Desde sus inicios como organización de base, ha trabajado junto a la red barrial y ha establecido intercambios con organizaciones de otras ciudades (intervenciones socio-culturales, CABA).

Las citadas experiencias se enmarcan en el paradigma democrático de promoción de la salud: habilitan a los sujetos (tanto individuales como colectivos) para participar activamente en su redefinición. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socio-estructurales y sus influencias sobre las prácticas y representaciones individuales, las personas desarrollan sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar deseados, surgidos a partir de sus propias experiencias.

- Integralidad

Este concepto proviene de la salud colectiva y los estudios de la medicina social brasileña.⁵ Define la salud como un campo problemático de disputa y diálogo entre discursos y prácticas de múltiples instituciones y organizaciones, con diversos saberes, poderes y experiencias. Como se refleja en los ejemplos 3 y 4, las acciones de cuidado integral de la salud deben reconocer y articular los conocimientos y tecnologías de las diversas ciencias –sociales, psicológicas, médicas– con los saberes y prácticas de cuidado presentes en las respectivas comunidades. Esto también implica un alto grado de intersectorialidad, aunque no hay que perder de vista que es el Estado quien debe garantizar el derecho a la salud.

Ejemplo 3: Esta organización busca realizar abordajes comunitarios de los consumos problemáticos desde un enfoque integral en barrios vulnerabilizados para sacar a los jóvenes consumidores de drogas –especialmente paco– del ámbito del consultorio y vincularlos a las familias y la comunidad de un modo interdisciplinario. Lo hace trabajando en red con diversas instituciones y organizaciones, que encaran simultáneamente las principales necesidades y demandas de estos sujetos: vivienda, trabajo, alimentos, tramitación del documento nacional de identidad, soporte afectivo, actividades educativas, deportivas y culturales (intervenciones específicas en drogas, CABA).

Ejemplo 4: En este centro barrial se desarrolla un abordaje de los consumos problemáticos de drogas basado en una concepción integral, tanto de los sujetos como de la salud. Este enfoque parte de la construcción de un vínculo prolongado con la comunidad, desde el cual se ha percibido la fragmentación y debilidad de los grupos sociales. La estrategia del centro se ha estructurado a partir de tres etapas: presencia de profesionales en el barrio, que recorren cotidianamente las denominadas ranchadas de consumidores de paco para establecer un primer contacto con los sujetos y sus problemáticas, y ofrecer diversas opciones institucionales para su atención; disponibilidad en el centro de día de duchas, baño y un comedor gestionado con otras organizaciones de la comunidad; participación en talleres de juegos, radio, grupos de charla, socialización y reflexión (intervenciones específicas en drogas, CABA).

De las citadas experiencias se desprende que un abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas debe incluir las siguientes acciones: construir un vínculo

prolongado con la comunidad para identificar las principales problemáticas y actores capaces de participar en su abordaje; crear espacios de escucha y diálogo con los usuarios para enmarcar los consumos problemáticos en sus experiencias biográficas y fortalecer sus reflexividades y agencias; trabajar en equipos interdisciplinarios, para abordar simultáneamente los diversos aspectos (psicológicos, médicos, sociales, educativos, legales) de la problemática; encarar al mismo tiempo las principales necesidades y demandas de los sujetos, trabajando articuladamente con otras instituciones y organizaciones barriales.

- Importancia asignada a la vulnerabilidad social

Este concepto, desarrollado a partir de la crítica de los modelos conductistas, deja de lado la noción de riesgo individual y la tendencia a responsabilizar exclusivamente a los sujetos por el cambio de sus comportamientos.⁹ Desplaza la atención de las identidades –personales o colectivas– hacia las relaciones sociales, base de las situaciones de vulnerabilidad, como las relaciones económicas, de género o generacionales. La vulnerabilidad, conjunto de aspectos individuales y colectivos vinculados con una mayor susceptibilidad a padecer perjuicios y menor disponibilidad de recursos para su protección, es analizada a partir de tres dimensiones en permanente interacción: lo individual, lo social y lo programático. Lo individual alude a las relaciones entre las personas; lo social, a los espacios de interacción en la vida cotidiana; y lo programático, a las políticas e intervenciones institucionales.⁹

Ejemplo 5: Este programa estatal de amplia cobertura está destinado a adolescentes y jóvenes de entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad social. Se orienta a la búsqueda de una intervención integral y al trabajo intersectorial, y se organiza en cinco ejes: educación; salud; recreación, deporte y vida artística; trabajo; e integración socio-comunitaria. El trabajo tiene tres pilares: lo comunitario, lo grupal y lo individual. La intervención individual, realizada por los profesionales, consiste en visitas domiciliarias, apoyo a las familias y seguimiento de situaciones singulares. Las actividades grupales constan de espacios y talleres que promueven la participación y la recreación. La intervención comunitaria está enfocada en las conexiones con diferentes organizaciones comunitarias e instituciones estatales: escuelas y equipos de orientación, centros de salud, centros de formación laboral y otros programas (intervenciones socio-culturales, GBA).

En el ejemplo 5 se observa cómo el trabajo con adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social demanda actividades simultáneas en distintos niveles.

- Trabajo en redes

El modelo comunitario se apoya en la construcción de espacios de vinculación, encuentro y empoderamiento entre distintos actores sociales. Las redes locales son, por definición, flexibles y abiertas; por ello, las comunidades también lo son.⁷ La práctica comunitaria se basa en aprovechar los recursos locales existentes, coordinándolos y complementán-

dolos, conectando territorios, grupos e instituciones. El trabajo en red implica introducir estrategias de coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales, redes, colectivos y otros agentes que conforman la sociedad civil.

Los ejemplos 6 y 7 muestran cómo pueden formarse redes entre organizaciones comunitarias con actividades similares, como en el primer caso (a pesar de que también crean vínculos con instituciones de otro ámbito, como salud), o entre el ámbito específico en el que desarrollan sus actividades (por ejemplo, salud) y otros dispositivos que vinculan a las personas con otras esferas de sus vidas, como en el último de los casos.

Ejemplo 6: Esta organización busca proporcionar herramientas y estrategias concretas desde la comunicación para que las organizaciones puedan mejorar su trabajo en lo territorial o en los campos de acción específicos. Las tareas incluyen talleres, cursos, formaciones y elaboración de material audiovisual y gráfico. El eje está puesto en materiales de formación para los equipos que trabajan en territorio. Las temáticas abordadas son género, salud y comunicación. Para lograr una mayor cobertura, se recurre a Internet y a las redes sociales virtuales, que otorgan una mayor visibilidad al trabajo, ayudan a que los materiales sean utilizados por todas las personas e instituciones que los necesitan, facilitan la recepción de una gran cantidad de pedidos de asesoramiento y permiten evacuar dudas y ofrecer acompañamiento (intervenciones socio-culturales, CABA).

Ejemplo 7: Esta fundación se dedica a temas relacionados con los consumos de drogas desde hace varios años. Durante ese tiempo ha ido aprendiendo de las experiencias concretas del trabajo en territorio y del encuentro con otras organizaciones latinoamericanas, que actúan con un enfoque denominado tratamiento comunitario. Por un lado, tienen en cuenta la intervención in situ, en el lugar de residencia, dado que el aislamiento en los tratamientos convierte a la persona que regresa luego de varios meses en un extraño en su propio barrio. Para que esto no suceda, se abordan los vínculos laborales y sociales de esa persona en su lugar de residencia. Por el otro, apuntan a reducir el daño, mejorar la calidad de vida de las comunidades y realizar aportes para la construcción de políticas públicas (intervenciones específicas en drogas, CABA).

- Importancia asignada a la participación social

El modelo comunitario prioriza también la participación de personas, grupos e instituciones en la mayor cantidad de instancias posibles de cada intervención, para que se realice lo que la comunidad efectivamente necesita. La mutua influencia entre gestores de proyectos y participantes conllevaría una implicación plena, que aparece como un horizonte deseado pero no siempre es posible o se logra. Esto no descarta ni desacredita la intervención, pues hay evidencia de acciones que han resultado positivas para las comunidades, aun cuando no llegan a ofrecer espacios con tan altos grados de participación. Es posible que existan

distintos grados de participación en una misma institución.

Ejemplo 8: Esta es una organización no gubernamental creada en 1997, cuando un grupo de artistas, comunicadores y docentes se unieron para realizar una obra gráfica, musical y teatral. Esto dio origen al primer grupo de voluntarios, que inició un proyecto social que hoy tiene presencia en la zona oeste del GBA. Se han desarrollado tres medios de comunicación comunitarios (un periódico, una radio y un canal de TV) gestionados con la participación de las personas de los barrios, que pueden involucrarse y llevar propuestas. Además, la organización ha montado una escuela de arte con talleres gratuitos. En ella participan niños y jóvenes de otros barrios, a los que la organización pasa a buscar y lleva de vuelta para facilitar la accesibilidad. También se ofrece una colonia de verano totalmente gratuita, con traslado de los participantes desde y hacia sus barrios. Se considera que este modelo de trabajo, denominado democracia participativa, viabiliza el compromiso de la gente con la organización (intervenciones socio-culturales, GBA).

Por el modo en que nació y se desarrolló la organización del ejemplo 8, podría hablarse de un grado de participación pleno; a medida que creció y ofreció distintos espacios y actividades, emergieron áreas específicas con responsables. En el caso de los medios de comunicación propios, por ejemplo, la comunidad acerca sus propuestas, mientras que la escuela de arte ofrece algo menos de posibilidades de tomar decisiones para sus participantes.

- Autogestión y sostenibilidad

La autogestión profundiza la idea de participación. Ocurre cuando el motor para la realización de intervenciones o proyectos surge de la misma comunidad, sin nadie ni nada de afuera que los impulse (personas, subsidios, etc.). Los agentes externos aparecen en los proyectos autogestivos en una segunda instancia, si se requieren recursos o relaciones específicas para viabilizar acciones.

Ejemplo 9: Los fundadores de la iniciativa, habitantes del barrio, habían sido parte de otros proyectos culturales. A raíz de esas experiencias previas, crearon este proyecto y comenzaron con un periódico mensual, para luego agregar un programa en TV y finalmente incorporar un portal web. Con el tiempo, fueron convocados por medios comerciales de comunicación para distintos trabajos, como una serie sobre la cotidianidad de la villa en la cual viven, informativos para canales de cable o columnas radiales sobre villas. Gracias a la articulación de las organizaciones locales, realizaron proyectos novedosos (como la creación de un club náutico para que los jóvenes aprendieran a remar) y lograron que el Gobierno construyera la primera Casa del Bicentenario en una villa. Asimismo, realizan iniciativas barriales de tono social: mujeres que venden comida y artesanías gracias a préstamos sin intereses, capacitación en historia de los referentes de las organizaciones y actividades de promoción de la lectura (intervenciones socio-culturales, CABA).

La sostenibilidad, por su parte, alude a estrategias y modos

que influyen en las posibilidades de mantener instituciones y actividades en el mediano y largo plazo. Si bien depende de varios factores, entre los cuales se cuentan los recursos y espacios disponibles, el económico suele ser central. Los modos en que las organizaciones y las actividades se financian determinan ciertos modos de hacer que, a su vez, inciden en las posibilidades de sostenerse o no en el tiempo.

Como puede observarse en el ejemplo 9, la organización nace y crece gestionada enteramente por personas de la villa; no surge de alguien de afuera que quiere hacer algo adentro. Es en una segunda instancia donde se articula con organizaciones externas al barrio (gobiernos, ONG) para trabajar en conjunto y lograr mejoras consideradas importantes para la comunidad.

Ejemplo 10: Las inquietudes y propuestas de un grupo de jóvenes artistas y su articulación con educadores de un centro de día no formal para jóvenes en situación de vulnerabilidad social, situado en el oeste del GBA, son el punto de partida de este proyecto. Hacia 2010 el grupo de artistas comienza a dictar un taller de entrenamiento físico y hip-hop en la institución. Paralelamente, es convocado por un prestigioso instituto cultural y crea un equipo junto a los participantes del taller y nuevos colaboradores, conformando una compañía integrada por varones del barrio. En 2011 arma una obra, que sigue durante cuatro multitudinarias temporadas. Tras el estreno, surge el Programa para crear un estudio de danza en cooperación con la organización, realizar actividades de formación abiertas a la comunidad, incorporar mujeres a la propuesta y generar actividades de perfeccionamiento para los jóvenes integrantes de la compañía. En estos años de trabajo surgieron diversos problemas para sostener los programas e iniciativas, que, no obstante, continúan adelante con un proyecto singular de investigación y creación en el cual dialogan diferentes lenguajes artísticos (intervenciones socio-culturales, GBA).

El ejemplo 10 muestra cómo el apoyo de instituciones prestigiosas vinculadas a la actividad realizada define la posibilidad de continuar y expandir las actividades ofrecidas localmente, lo cual implica una profundización de la intervención y aumenta las posibilidades de acceso de cada vez más personas. La alianza inicial de una organización social con un colectivo artístico también es clave en las posibilidades de gestionar el respaldo de actores, tanto del mundo de la política social como de la arena cultural.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde el comienzo de la investigación se explicó a los referentes de todas las respuestas socio-comunitarias que se relevaron el propósito del estudio; los entrevistados firmaron un consentimiento informado en el que se les explicó que la participación en el estudio era voluntaria y que podían contestar o no cada pregunta según lo desearan. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información sensible que se obtuvo en las entrevistas. Se explicó que se buscaba relevar iniciativas o proyectos que pudieran identificarse con

el modelo socio-comunitario de intervención. El protocolo de la investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Comisión Nacional Salud Investiga.

DISCUSIÓN

El amplio consenso sobre los escasos resultados en las respuestas implementadas frente a los consumos problemáticos de drogas obliga a estudiar otras acciones y prácticas de salud, distintas de las estrategias convencionales, para contribuir al desarrollo de abordajes innovadores, más adecuados, eficaces y en compromiso con los derechos de los sujetos. El análisis de las instituciones y organizaciones relevadas no sólo ratificó la pertinencia de las dimensiones planteadas al modelo, sino que además permitió avanzar en la descripción de las acciones y prácticas características de cada una de las dimensiones. Su revisión en torno a la promoción de la salud muestra que las prácticas identificadas apuntan especialmente a alentar la participación activa y colectiva de la población con la que trabajan en la redefinición de sus problemas y en los modos de encararlos, propiciando así la capacidad de agencia de los individuos y las comunidades. Por otra parte, queda claro que el consumo problemático de drogas está anclado en el marco conceptual de la salud en sentido amplio, por lo que se lo vincula con otros aspectos que hacen a la calidad de vida de las personas y no es abordado como un síntoma aislado. La integralidad se expresa, sobre todo, en las prácticas que se proponen encarar simultáneamente los diferentes aspectos ligados a las necesidades globales de las personas, priorizando sólo temporalmente alguno de ellos según las situaciones y vinculando el consumo problemático de drogas con la calidad de vida de los sujetos y de los grupos. En cuanto a la importancia asignada a la vulnerabilidad social, los casos muestran que es preciso incluir acciones que apunten a: mejorar cuestiones individuales, satisfaciendo necesidades específicas en determinadas situaciones críticas; atender cuestiones de la esfera comunitaria o grupal para mejorar la calidad de vida en lo cotidiano; y trabajar en lo programático para transformar las iniciativas llevadas a cabo en políticas sociales. La dimensión de trabajo en redes se visibiliza a través de actividades tendientes a sumar iniciativas de organizaciones que trabajan en problemáticas afines o pertenecientes a ámbitos diferentes, en una expresión concreta de la mencionada integralidad. En cuanto a la importancia asignada a la participación social, se observa que en distintas instancias y momentos cada organización convoca a personas de los barrios para definir problemas, acciones a llevar a cabo y metodologías de abordaje. Aunque no siempre se logra una participación plena de quienes intervienen en las actividades, en la mayoría de las instituciones conviven distintos grados de participación comunitaria. Finalmente, la autogestión es una profundización de la idea de participación, que se visualiza cuando los proyectos pensados para mejorar una comunidad son ideados desde la comunidad misma; y la

sostenibilidad atraviesa cada una de las acciones de las organizaciones, a la vez que las determina, lo que hace necesario implementar estrategias de financiación que contemplen la ideología, las metodologías de intervención y los modelos de abordaje de las problemáticas que cada organización propone.

El análisis de las trayectorias y acciones de las instituciones relevadas en el presente estudio identifica diferentes perfiles, pero un denominador común. Así, algunas abordan específicamente los consumos problemáticos de drogas desde la prevención y el tratamiento, otras enfatizan las vinculaciones de esos consumos con la marginalidad y otras generan espacios que propician la reflexividad crítica y promueven el desarrollo de proyectos de vida, en territorios signados por la vulnerabilidad social. Más allá de estas diferencias, se constata una coincidencia que las vincula: reconocen que el consumo problemático de drogas demanda acciones que exceden a un servicio, un programa o un sector en particular. Con distintas intensidades y modalidades, las instituciones relevadas ponen de relieve experiencias comunitarias; sus acciones se encadenan con otras, forman parte de una intervención mayor y configuran un entramado comunitario que cuida, protege y asiste. Las prácticas de prevención, promoción y tratamiento potencian los recursos existentes en la comunidad, conectando grupos y territorios. A contramano de los abordajes dominantes, estas experiencias no estigmatizan al usuario, sino que tienen en cuenta necesidades y demandas singulares, recuperan las prácticas de cuidado de individuos y grupos, e incorporan al usuario en el desarrollo de muchas de sus prácticas. Las acciones implementadas van más allá de la asistencia: son intervenciones diversificadas, que incluyen prevención, promoción y tratamiento, y en las cuales la comunidad aparece como protagonista. Estas estrategias inscriben a los consumos problemáticos de drogas en escenarios mayores, en contextos de vulnerabilidad social, y toman como punto de partida de sus acciones los recursos comunitarios ya existentes en los territorios.

Ningún servicio de salud, programa social, organización o centro barrial por sí solo ejemplifica el modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Esto no se debe a deficiencias en las acciones realizadas, sino a dos razones. En primer lugar, a una causa metodológica: un modelo es un instrumento construido en el análisis en el cual se destacan determinados rasgos, y su valor, tal como definió Menéndez,¹⁰ es básicamente heurístico. En segundo lugar, a la naturaleza del tema en cuestión: ninguna acción de un servicio, intervención de un programa social o iniciativa de un centro barrial representa por sí misma lo comunitario, que por definición se basa en espacios de vinculación y articulación entre distintos actores.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las prácticas enmarcadas en el modelo comunitario, con sus distintas dimensiones y especialmente el efecto de

conjunto, colaboran en el desarrollo de intervenciones complejas. Es justamente esta complejidad la que genera espacios alternativos de prácticas superadoras de los enfoques tradicionales en la prevención de los consumos problemáticos de drogas. Sería importante apoyar a las organizaciones que ya han adoptado intervenciones en el campo con prácticas como las descritas en este trabajo, difundiendo su tarea y asegurando su sostenibilidad para desarrollar una política pública más eficaz. Por otra parte, el trabajo con estas organizaciones es un buen espacio para capacitar a los profesionales de la salud en prácticas multidisciplinarias y en la sistematización de sus experiencias.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La sistematización de experiencias y la identificación de buenas prácticas afines al modelo presentado, llevadas a cabo en diferentes regiones del país, representan un trabajo de investigación que permitirá desarrollar políticas más eficaces en el campo de la prevención del consumo problemático de drogas.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las organizaciones/instituciones y a sus referentes, que colaboraron en la investigación. También agradecemos a la Lic. Paola Blanes por su colaboración en el trabajo de investigación.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Capriati A, Caramotti AC, Di Leo P, Wald G, Kornblit AL. La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. Rev. Argent Salud Pública. 2015; Mar;6(22):21-28.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Hopenhayn M. Prevenir en drogas: enfoques integrados y contextos culturales para alimentar buenas prácticas. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
- ² Romani O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. Salud Colectiva. 2008;4(3):301-318.
- ³ 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. 2009.
- ⁴ Menéndez EL. Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. Salud Colectiva. 2012;8(1):9-24.
- ⁵ Camarotti AC. Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un Modelo Integral de Abordaje Comunitario para la reducción de la demanda de drogas. XIV Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Washington: OEA/CICAD; 2013.

⁶ Camarotti AC, Kornblit AL. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Salud Colectiva. 2015;11(2):211-221.

⁷ Milanese E. Tratamiento Comunitario. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas. Sao Paulo: Instituto Empodera; 2012.

⁸ Kornblit AL. La promoción de la salud entre los jóvenes. Acta Psychiatr Scand. 2010;116(3):217-226.

⁹ Ayres JR, Paiva V, Buchalla C. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. En: Ayres JR, Paiva V, Buchalla CM. (org.). Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde. Livro 1. Curitiba: Juruá Editora; 2012.

¹⁰ Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Alianza; 1988.