

¿Qué es (y qué no es) un tratamiento para los consumos de drogas?

What is (and what is not) a treatment for drug abuse?

Martín Güelman* y Bruno Colombari**

*Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.
Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires, Argentina/ CONICET
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4906-2336>

**Universidad Nacional de Tierra del Fuego, Instituto de Cultura, Sociedad y Estado, Argentina
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6681-0298>

Recibido: 08/07/2024 · Aceptado: 18/10/2024

Cómo citar este artículo/citation: Güelman, M. y Colombari, B. (2025). ¿Qué es (y qué no es) un tratamiento para los consumos de drogas?. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(1), 73-93. <https://doi.org/10.54108/10105>

Resumen

Introducción: Las definiciones sobre tratamiento para los consumos de drogas elaboradas por organismos internacionales e implementadas en la normativa de los países se caracterizaron, hasta la década de 2010, por una importante inespecificidad. Esto habilitó una gran heterogeneidad de instituciones y tratamientos en el campo de los consumos de drogas. Existen trabajos que analizan las políticas sobre drogas y otros que abordan el accionar de instituciones preventivas y asistenciales, pero el conocimiento de las vinculaciones entre los planos normativo y de tratamiento es escaso. **Objetivo:** Analizar las significaciones de directivos/as de dos tipos polares de instituciones (comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa y centros comunitarios de prevención de los consumos problemáticos de gestión estatal) que brindan asistencia para los consumos de drogas en Argentina, acerca de los modos en que definen lo que es un tratamiento. **Método:** Estudio cualitativo con análisis documental, entrevistas semi-estructuradas y observación participante. **Resultados:** En ambos grupos de instituciones, el consumo de drogas no es considerado un problema en sí mismo, sino la expresión de un emergente de una situación que lo trasciende. **Conclusiones:** Los abordajes que implementan son inespecíficos y el trabajo a desarrollar no gira, prioritariamente, sobre el uso de sustancias psicoactivas, sino sobre lo que explicaría su ocurrencia.

Palabras clave

Consumo de drogas; Tratamiento; Organismos internacionales; Políticas Nacionales de Drogas.

— Correspondencia: —
Martín Güelman
Email: marguelman@gmail.com



Abstract

Introduction: The definitions of drug treatment developed by international organizations and implemented in the regulations of the countries were characterized, until the 2010s, by a significant lack of specificity. This enabled a great heterogeneity of institutions and treatments for drug abuse. There are works that analyze drug policies and others that address the actions of preventive and assistance institutions, but knowledge of the links between the regulatory and treatment levels is scarce. **Objective:** To analyze the meanings of directors of two opposite types of institutions (religious therapeutic communities and governmental addiction prevention centers) who provide drug addiction care in Argentina, about the ways in which they define what is a treatment for drug abuse. **Method:** Qualitative research with document analysis, semi-structured interviews and participant observation. **Results:** In both groups of institutions, drug use is not considered a problem itself, but rather the expression of a situation that transcends it. **Conclusions:** The treatments they implement are non-specific and the work to be carried out does not primarily revolve around drug use, but rather on what would explain its occurrence.

Keywords

Drug use; Treatment; International agencies; National drug policies.

INTRODUCCIÓN

En este artículo, analizamos las miradas de directivos/as de instituciones preventivas y asistenciales para los consumos de drogas de Argentina acerca de los modos en que definen lo que es (y lo que no es) un tratamiento para los consumos de drogas. Específicamente, indagamos las significaciones de actores que están a cargo o componen los equipos de trabajo de dos tipos de dispositivos que constituyen casos polares dentro del amplio espectro de iniciativas para el abordaje de los consumos de drogas: comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa y centros comunitarios-preventivos de gestión estatal. De manera complementaria, recuperamos sus visiones en relación al modo en que caracterizan el accionar de su propia organización.

Al interior del campo de abordaje socioterapéutico de los consumos de drogas, estas instituciones podrían ser pensadas como polares, en virtud de su forma de concebir la problemática, su modalidad y la conformación de su equipo de trabajo, por citar solo algunas dimensiones relevantes. Los centros comunitarios de prevención de los consumos problemáticos de gestión estatal, compuestos por trabajadores/as sociales, psiquiatras, técnicos/as en minoridad y familia, psicólogos/as y operadores/as socioterapéuticos/as, se caracterizan por su adopción del enfoque de reducción de riesgos y daños, su abordaje ambulatorio y su conceptualización del uso problemático de sustancias psicoactivas como un fenómeno asociado a la vulnerabilidad social. Las comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa, por su parte,



desarrollan un abordaje no profesionalizado con una mirada abstencionista, proponen internaciones de largo aliento, entienden que hablar de consumo problemático es redundante y conciben al uso de drogas como una problemática espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida. A nuestro entender, la selección de dos grupos de instituciones tan divergentes detenta potencialidades para responder a la pregunta analítica central de este artículo: ¿qué se entiende por *tratamiento para los consumos de drogas*? O, en otras palabras, ¿cuál es la especificidad que se atribuye a una iniciativa que pretenda abordar esta problemática?

La forma en que se define la problemática del consumo de drogas y, en particular, el modo en que se conceptualizan sus causas deriva en el tipo de abordaje que se considera más adecuado. No obstante, entendemos que las modalidades de tratamiento desarrolladas, lejos de constituir una acción plenamente original de un/a directivo/a que decide fundar un centro de tratamiento para los consumos de drogas, forman parte de un cúmulo de experiencia social. Son estos/as directivos/as quienes incorporan y procesan este cúmulo de experiencia social y lo añaden a su acervo de conocimiento a mano. El acervo de conocimiento a mano está integrado por tipificaciones del mundo del sentido común. Para Alfred Schütz ([1962] 1995) el individuo, desde su infancia, va incorporando y procesando una serie de “recetas” que luego pone en juego en su experiencia en el mundo social. Las situaciones problemáticas que se le van presentando, y que debe encarar de alguna manera, son percibidas e incluso formuladas en términos del acervo de conocimiento que el individuo tiene a mano (Güelman y Azparren, 2017).

La heterogeneidad de concepciones y las dificultades para arribar a ciertos consensos respecto de lo que es (o lo que debería ser) un tratamiento para los consumos de drogas no es una característica que se halle solo en directivos/as de organizaciones, tanto estatales como de la sociedad civil (laicas y religiosas). Sin pretender establecer relaciones causales o postular que uno de los fenómenos antecede y explica al otro, las definiciones de *tratamiento para los consumos de drogas* exhibieron, como veremos, hasta entrada la década de 2010, una significativa laxitud e inespecificidad que redundaba en que, prácticamente cualquier iniciativa de la que participaran usuarios de drogas pudiera ser considerada como tal. Si bien existen, por un lado, trabajos que analizan las políticas internacionales y nacionales sobre drogas (Camarotti, 2011; Vázquez, 2014; Güelman, Camarotti y Azparren, 2022; Nobre y Kurihara, 2023) y, por el otro, contribuciones que abordan el accionar de instituciones preventivas y asistenciales (Güelman, 2017; Fernández Pérez, 2018; Azparren, 2021), el conocimiento en las ciencias sociales de las vinculaciones entre los planos normativo y de tratamiento es escaso.

Con el correr del tiempo, los lineamientos presentes en las definiciones elaboradas por los organismos internacionales dedicados a los consumos de drogas, los cuales en Argentina adopta la agencia gubernamental rectora en la temática -la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR)-, fueron ganando precisión. Sin embargo, conservaron un carácter no vinculante que permitió que pudiera asignarse el término *tratamiento* a intervenciones de muy diversa índole, desarrolladas por instituciones sumamente heterogéneas



y con resultados muy dispares. Como señala Ambros Uchtenhagen (2012), las directrices para el tratamiento de los consumos de drogas no siempre son confiables. A su vez, con frecuencia, existen discrepancias y desacuerdos en los objetivos y las normativas que regulan el abordaje de la problemática.

MÉTODO

El material empírico que analizamos en este artículo proviene de tres proyectos de investigación enmarcados en el paradigma cualitativo desarrollados entre 2014 y 2022.¹ Al haber sido realizadas en el marco de investigaciones previas, tanto las guías de pautas de las entrevistas como las guías de observación respondieron a objetivos que no coinciden exactamente con lo que nos proponemos indagar en este trabajo. De todos modos, la relectura del material empírico, desde una clave analítica novedosa, fue posible porque en los proyectos precedentes fueron incluidos los interrogantes que abordamos en profundidad en este trabajo.

El *corpus* se compone de 12 entrevistas semiestructuradas a directivos/as de dos tipos de instituciones socioterapéuticas que brindan asistencia para los consumos de drogas: comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa (católicas y evangélicas) localizadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires y centros comunitarios-preventivos de gestión

estatal ubicados en la Patagonia argentina. A su vez, analizamos documentos elaborados por las propias instituciones y recuperamos notas de campo registradas en observaciones participantes en actividades organizadas por estas instituciones, tanto dentro como fuera de los centros. De manera complementaria, analizamos entrevistas a 18 referentes del campo de los consumos de drogas en Argentina. A nuestro entender, estos pueden ser considerados informantes clave para la comprensión del proceso de formulación de lineamientos para el diseño e implementación de políticas de drogas -en particular, de prevención y asistencia- por parte de organismos internacionales y el modo en que estos lineamientos son incorporados por los países y adaptados a cada realidad local.

A su vez, relevamos y analizamos leyes nacionales, resoluciones de organismos públicos, memorias de Estado, planes nacionales de reducción de la demanda de drogas, reportes de Comités de Expertos, estatutos de organismos nacionales e internacionales, guías de planificación y aplicación de organismos internacionales, recomendaciones para la formulación de políticas y normativas para el tratamiento del consumo de drogas elaboradas por organismos internacionales. Este relevamiento tuvo como objeto analizar las transformaciones en la definición de *tratamiento para los consumos de drogas*, tanto en el plano internacional como en su implementación normativa a nivel nacional.

Como mencionamos en la introducción, los dos tipos de instituciones que seleccionamos pueden pensarse como casos polares al interior del heterogéneo campo de iniciativas socioterapéuticas para los consumos de drogas. Este trabajo constituye, entonces, un estudio de casos múltiples seleccionados por sus disimilitudes (Marradi, Archenti y Piovani, 2018). De acuerdo con la tipología planteada

- 1) Proyecto PICT 2012-2150: "Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires". Directora: Ana Clara Camarotti; 2) Proyecto UBACyT: "Políticas públicas sobre drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Conflictos y alianzas entre el Estado y organizaciones de la sociedad civil entre 2003 y 2015". Director: Daniel Jones; y 3) Tesis de maestría en Desarrollo Territorial y Urbano de Bruno Colombari.



por Bent Flyvbjerg (2004), este tipo de estudios busca la máxima variación de casos dentro de un universo determinado.

Para la realización de las entrevistas tomamos los resguardos éticos propios de la investigación en ciencias sociales. En todos los proyectos, antes de cada entrevista leímos y entregamos a cada participante un consentimiento informado en el que se explicaba brevemente el marco institucional del estudio, sus objetivos, el carácter voluntario de la participación, las condiciones de confidencialidad de los datos recogidos y se solicitaba autorización para grabar el audio de la conversación. En este artículo, no solo anonimizamos a los/as directivos/as de centros de tratamiento y referentes del campo de las políticas de drogas entrevistados/as, sino también a las instituciones en las que se desempeñan o desempeñaron. En otros términos, referimos a dos tipos de dispositivos (comunidades terapéuticas y centros comunitarios-preventivos de gestión local) sin mencionar su localización geográfica y sin que sea posible identificar a cada dispositivo.

Como referimos previamente, este artículo es el resultado de una relectura novedosa de material empírico construido para investigaciones desarrolladas en la última década. La estrategia analítica desplegada consistió, inicialmente, en el desarrollo de una nueva ronda de codificación de las entrevistas (Dabenigno, 2017) de los dos tipos de instituciones seleccionadas y una revisión de las notas de campo tomadas en observaciones participantes. Esta nueva ronda de codificación fue realizada con el apoyo del programa informático *Atlas ti* (versión 8). Posteriormente, confeccionamos una ficha en la que, junto con una descripción de las características salientes de cada institución (composición de su equipo de trabajo, modalidad, proceso de admisión) buscamos

condensar la información más relevante de cada institución en relación a las preguntas analíticas que formulamos: 1) ¿cómo entienden la idea de *tratamiento para los consumos de drogas* y qué especificidad le otorgan a este trabajo? ; y 2) ¿cómo caracterizan el accionar de su propio dispositivo? La información de las fichas fue volcada, a continuación, en una matriz temática que facilitó la reconstrucción descriptiva de las tres dimensiones analíticas y nos permitió avanzar en la comparación entre los casos, así como en la conceptualización y la construcción teórica (Freidin, 2017).

RESULTADOS

I. La definición de *tratamiento para los consumos de drogas*: de la laxitud e inespecificidad a la precisión “no vinculante”

De acuerdo a la definición del Comité de Expertos en Dependencia a las Drogas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se entiende por tratamiento al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible” (OMS, 1998: 3, traducción propia). Por otra parte, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) establece que el tratamiento puede definirse como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social (ONUDD, 2003a).



En otro documento de 2003, la ONUDC avanza en una precisión que no estaba contenida en las dos definiciones precedentes. Mientras que dichas definiciones planteaban indicadores de éxito no asociados directamente al uso de drogas, este documento postula que el objetivo más importante de todo tratamiento, independientemente de su entorno, modalidad, filosofía o métodos de rehabilitación debe ser la eliminación o reducción del alcoholismo y del consumo de drogas ilícitas (ONUDC, 2003b). El informe señala que un tratamiento procura también mantener

(...) la mejoría fisiológica y emocional iniciada durante la desintoxicación y estabilización para prevenir la necesidad de una nueva desintoxicación (...); Enseñar, modelar y apoyar comportamientos encaminados a mejorar la salud personal y la función social y a reducir los riesgos que el abuso de drogas conlleva para la salud (por ejemplo, el VIH/SIDA) y la seguridad públicas; Enseñar y propiciar modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias (ONUDC, 2003b: 29).

Con excepción de la delimitación clara de la población destinataria de las intervenciones (usuarios/as de sustancias psicoactivas) y del objetivo de reducción o eliminación del consumo en el último documento citado, las dos agencias de la Organización de las Naciones Unidas –por un lado, la OMS, la institución más relevante en términos sanitarios a nivel global; por el otro, la ONUDC, la más importante en lo relativo a la formulación de lineamientos para las políticas de drogas– no ofrecen definiciones operativas de *tratamiento para los consumos de drogas*. Hasta comienzos de la década de 2000, las definiciones exhiben una importante indeterminación, inespecificidad y laxitud. Veamos esto en detalle.

En primer lugar, las acciones contempladas no se circunscriben, necesariamente, al campo biomédico o psi. Así, por ejemplo, en uno de los documentos se hace referencia a la

amplia gama de estrategias y tratamientos que pueden utilizarse en la fase de rehabilitación y prevención de recaídas [que] abarcan elementos tan diversos como la medicación con sustancias sicotrópicas para aliviar los “problemas psiquiátricos subyacentes”; la prescripción de medicamentos para aliviar la necesidad apremiante de consumir alcohol o drogas; acupuntura (...); seminarios educativos, películas y terapias de grupo (...); asesoramiento en grupo e individual y sesiones de terapia (...) y grupos de ayuda de personas que se encuentran en circunstancias parecidas (...) (ONUDC, 2003b: 29).

De allí que para el análisis de las experiencias de los sujetos vinculadas con la búsqueda de asistencia para los consumos de drogas adquiera legitimidad y potencialidad heurística una noción como *itinerarios terapéuticos*. Este concepto refiere al conjunto de actividades desarrolladas en la búsqueda de tratamiento por un padecimiento, dolencia o aflicción, que no se restringen a los cuidados biomédicos y hospitalarios (Alves, 1993; Alves, 2015; Alli et al., 2020).

Un segundo elemento, vinculado con el anterior, que se desprende de las definiciones mencionadas es que no se presupone el carácter profesionalizado de las intervenciones. Ello permite englobar bajo la categoría de *tratamiento* a las acciones conducidas o en las que participan líderes religiosos, así como “ex adictos” / “adictos en recuperación” / “adictos rehabilitados” o acompañantes pares, sin formación técnica en drogadependencias.

En tercer lugar, las primeras dos definiciones presentadas plantean indicadores de éxito que



no se vinculan con el uso de sustancias psicoactivas. En ninguna de las dos hay referencias a cambios en los patrones de consumo (e.g. reducción de las dosis o de la frecuencia de uso o reemplazo de cierta/s sustancia/s por otra/s) o al abandono del mismo, sino al logro de un nivel de salud y bienestar elevado y a la optimización del desempeño personal y social. Este último aspecto queda evidenciado al observar lo que ocurre en múltiples instituciones socioterapéuticas para los consumos de drogas. Estas abordan, de manera habitual, situaciones problemáticas y procesos de vulnerabilidad de quienes concurren a ellas que no están estrictamente asociados con las prácticas de consumo de drogas, pero que permitirían, en línea con las definiciones en cuestión, lograr un nivel más elevado de salud y bienestar o un mejor desempeño en los ámbitos en que transcurre su vida. Ignacio Apodaca Gorostidi (1995) señala que, con frecuencia, el objetivo fundamental de un tratamiento para los consumos de drogas es la rehabilitación del individuo o una mejora en su calidad de vida, pero existen grandes discrepancias respecto de qué significan en términos operativos dichas expresiones. ¿Cuándo es posible determinar que un sujeto se ha rehabilitado o ha mejorado su calidad de vida?

Argentina es parte de los 194 Estados Miembros de la OMS. La SEDRONAR, en tanto organismo rector de las políticas públicas preventivas y asistenciales en materia de consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, adhiere a los compromisos internacionales asumidos por el país. Estos compromisos se derivan, en lo fundamental, de documentos consensuados en la ONU, declaraciones políticas y planes de acción (SEDRONAR, 2016). A su vez, esta secretaría participa en las sesiones de la Comisión de Estupefacientes de la ONU, las sesiones ordinarias de la

Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA) y en las reuniones especializadas organizadas por la ONUDC y el Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR).

La participación en estas instancias suele acompañarse de la adhesión y ratificación de los acuerdos y convenciones bilaterales e internacionales. Tal como fue relevado en las entrevistas a referentes del campo de los consumos de drogas, los organismos internacionales y las agencias supranacionales elaboran lineamientos para las políticas de drogas que no deben ser pensadas como directrices para los países, sino como sugerencias. Como señaló uno de los informantes entrevistados, integrante de una red de organizaciones preventivas y asistenciales: “la CICAD no puede obligar a los Estados, te marcan directivas y vos [como Estado] las cumplís si querés”. En esta misma línea, otra entrevistada, referente de una organización de reducción de riesgos y daños, sostuvo que “las asociaciones internacionales marcan un poco el camino, sientan como un precedente de valor moral de ciertas visiones, pero no termina de ser del todo esa la política que toma el gobierno”.

En 2016, la SEDRONAR estableció un Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas para el período 2016-2020. Este plan se elaboró teniendo en cuenta el marco normativo vigente a nivel nacional y los lineamientos acordados en reuniones internacionales como las mencionadas.² El Plan señala que

2 Las Resoluciones Conjuntas N° 153 de SEDRONAR y N° 361 de 1997 del entonces Ministerio de Salud y Acción Social constituyeron un antecedente fundamental para el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de 2016, en cuanto a la coordinación y



la elaboración de políticas públicas en torno al problema de las drogas debe desarrollarse de forma articulada y consensuada con los ministerios nacionales, los poderes legislativo y judicial y las provincias, así como con las organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales. En el tercer apartado, referido a la cuestión del tratamiento, el Plan reconoce una pluralidad de intervenciones para el abordaje de la problemática, tales como centros comunitarios y/o barriales, centros de atención primaria en salud, unidades de desintoxicación y deshabituación, dispositivos especializados en atención en cuadros agudos y estabilización clínica, abordajes ambulatorios, centros de día, alternativas de medio camino y tratamientos residenciales. Las acciones del Plan en relación a los tratamientos para los consumos de drogas tienen cinco objetivos que presentamos y analizamos a continuación.

El primero de ellos es promover un tratamiento de calidad y adaptado a las necesidades de cada persona, directa o indirectamente afectada por consumo de drogas y alcohol, utilizando siempre la internación como último recurso terapéutico y cuando esté debidamente justificado. En relación a este objetivo, cabe realizar dos observaciones. Por un lado, una indeterminación de la población-objetivo a través de la imprecisa referencia a personas “indirectamente afectadas por consumo de drogas y alcohol”. Por el otro, la consideración

articulación de competencias entre ambos organismos (la SEDRONAR y el actual Ministerio de Salud). Estas resoluciones establecieron los criterios mínimos de habilitación, funcionamiento y registro de los dispositivos asistenciales (gubernamentales y no gubernamentales) abocados a la prevención y tratamiento de la drogodependencia. Las resoluciones establecen tres tipos de centros preventivos y asistenciales (Primer nivel: Ambulatorio; Segundo Nivel: Hospital de día; Tercer Nivel: Establecimientos con capacidad de internación).

de que los tratamientos deben adoptar, como norma general, una modalidad ambulatoria, que solo podría reverse en casos particulares. Esta opción por lo ambulatorio debe entenderse en el marco de las disposiciones en ese mismo sentido de la Ley Nacional de Salud Mental sancionada en 2010 y reglamentada en 2013 y de la ley 26934 que instaura el Plan Integral de Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP), en 2014.

Un segundo objetivo es el de

asumir, sostener y potenciar el rol del organismo en la definición, implementación y acompañamiento de la puesta en práctica de estrategias de tratamiento, a partir de los diagnósticos, relevamientos y sistematizaciones necesarias para que se cumpla cabalmente con los estándares obligatorios de calidad y accesibilidad (SEDRONAR, 2016: 40).

El tercero de los objetivos es “diseñar e implementar la regulación y la normatización de los servicios existentes en el marco de los estándares internacionales que regulan los procedimientos, los protocolos de acción, los planes y las estrategias de intervención” (SEDRONAR, 2016:41). En relación a este objetivo, se observa, nuevamente, la importancia que tienen los lineamientos de los organismos internacionales en la formulación y puesta en marcha de políticas de drogas.

En sintonía con la pluralidad de intervenciones reconocidas, el cuarto objetivo apunta al fortalecimiento de redes diversas y extensas que permitan asegurar una cobertura total y heterogénea de la demanda de tratamiento. Con ello, procura potenciar estrategias conjuntas entre efectores de salud públicos, privados y de la sociedad civil, de modo de garantizar una oferta de tratamiento de calidad y accesible para todo público.



El último objetivo presenta pretensiones ya esbozadas en los anteriores. El mismo pretende asegurar la calidad de los servicios a través de estrategias de intervención basadas en evidencia científica. Una vez más se indica que estas estrategias deben estar diseñadas “en total coherencia con los estándares y criterios internacionales” (SEDRONAR, 2016: 42).

En suma, el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de la SEDRONAR menciona la necesidad de que los tratamientos sean de calidad y accesibles, se ajusten a los lineamientos internacionales en la materia y tengan una buena cobertura geográfica. A su vez, otorga entidad para el abordaje de la problemática a efectores públicos, privados y de la sociedad civil. No obstante, el documento define de manera laxa la población-objetivo y, del mismo modo que los analizados previamente, no avanza en una definición operativa de *tratamiento para los consumos de drogas*. El Plan no indica el tipo de tratamientos válidos para el abordaje de la problemática, sino que lista un conjunto de dispositivos que pueden llevarlo a cabo. Esto último puede entenderse como una equiparación entre tipo de tratamiento y tipo de establecimiento o efector, que abona a la inespecificidad del término *tratamiento*.

Hasta aquí hemos visto que las definiciones de *tratamiento* de finales de la década de 1990 y las dos primeras décadas del siglo XXI recogen –y brindan sustento normativo– a la heterogeneidad que es característica del campo de las instituciones preventivo-asistenciales para los consumos de drogas. La inespecificidad permite que, bajo la etiqueta de *tratamiento*, se engloben dispositivos que desarrollan intervenciones y metodologías de trabajo muy disímiles, con enfoques, en ocasiones, contrapuestos (e.g. el abstencionismo y la reducción de daños), con equipos de trabajo diversos y con objetivos de distinta naturaleza.

Casi veinte años después de la primera definición citada, en 2017, la ONUDC y la OMS publicaron el documento “Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas”. El documento enfatiza que las intervenciones de tratamiento por drogadependencias deben

(...) atender las necesidades de las personas afectadas en diferentes etapas de la *enfermedad, de una manera consistente con el tratamiento de cualquier enfermedad crónica*”.³ [Estas normas] (...) se prepararon para apoyar a los Estados Miembros en el desarrollo y expansión de los servicios (...) que ofrecen tratamiento ético y efectivo (ONUDC y OMS, 2017: 7).

El documento describe minuciosamente los distintos tipos de intervenciones, con sus perspectivas de tratamiento y poblaciones-objetivo y brinda orientaciones de cómo deberían funcionar. Al resaltar que ningún enfoque se ajusta para todos los trastornos por consumos de sustancias ni para las diversas etapas que este atraviesa, la ONUDC y la OMS postulan la necesidad de que exista una “(...) variada gama de intervenciones en diversos entornos para resolver adecuadamente las necesidades de los pacientes (...)” (p. 83). Sin embargo, al igual que en los documentos analizados precedentemente, tampoco aparece, en todo el documento, una definición operativa que permita diferenciar lo que es un tratamiento para los consumos de drogas de lo que no lo es. La única excepción la constituye la distinción que realiza entre “servicios para tratamiento” y “cuidados”, categoría en la que engloba a las prácticas de autocuidado y los “cuidados comunitarios informales”, como los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA). La novedad aquí,

3 El énfasis es propio.



respecto de las definiciones laxas de 1998 y 2003, es que a intervenciones como las que llevan a cabo AA y NA parece no corresponderles la etiqueta de *tratamiento*.

En 2019, la secretaría de Gobierno de Salud del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social y la SEDRONAR publicaron la Resolución Conjunta 5/19. Esta resolución estableció las pautas para la organización y funcionamiento de establecimientos de tratamiento para los consumos de drogas y lineamientos de adecuación institucional. La condición de Argentina de miembro de la ONUDC y la OMS, y el mentado propósito de estos organismos internacionales de apoyar a los países que las integran con lineamientos para el desarrollo de intervenciones asistenciales éticas y efectivas, explican que la resolución conjunta encuentre inspiración en el citado documento de 2017. Un aspecto central de la resolución es que las recomendaciones para la creación de establecimientos o la orientación o adecuación de los ya existentes a la normativa vigente en salud mental y adicciones (leyes 26657 y 26934) son no vinculantes.

La Resolución Conjunta 5/19 presenta una tipología de establecimientos con y sin internación. No obstante, no hay una descripción del tratamiento en cada uno de esos efectores. Ello lleva a pensar, al igual que en el Plan Nacional de Reducción de la Demanda 2016-2020, que tratamiento y establecimiento son la misma cosa. Estos establecimientos son considerados efectores de salud por lo que, de acuerdo con las disposiciones de la ley 26657, deben cumplir tres criterios fundamentales: 1) tener coordinación profesional; 2) contar con el consentimiento informado del paciente; y 3) enmarcarse en el paradigma de la salud mental comunitaria y, por ende, incluir el enfoque de reducción de riesgos y daños.

La mención a estos tres elementos es un indicador de un proceso de especificación de la definición de *tratamiento* (y con ello de mayor precisión respecto de cómo debe ser el abordaje terapéutico de los consumos problemáticos de drogas o las adicciones). Este proceso de especificación se observa, desde 2017, tanto en los documentos de organismos internacionales, como en la normativa local y los planes y resoluciones de la SEDRONAR.

Sin embargo, el carácter no vinculante de las indicaciones redundante en que instituciones que no son consideradas efectores de salud estén legitimadas socialmente para abordar la problemática, aun cuando no reciban financiamiento de agencias públicas. La gran heterogeneidad que existe en el campo de la provisión de asistencia para los consumos de drogas, con iniciativas con enfoques de trabajo muy diversos, incluso sin profesionales de la salud en sus equipos, puede explicarse por este último factor.

A continuación, incluimos la tabla 1 que sintetiza la información analizada en este apartado, organizada por año, autor y documento/normativa. Los principales aspectos que destacamos son las definiciones de *tratamiento* presentes en cada uno de estos documentos o normativas y las modificaciones que presentan respecto de los precedentes. El relevamiento documental y normativo que hemos llevado a cabo no tiene pretensiones de exhaustividad. No obstante, consideramos que el análisis realizado permite observar la transición, en dos décadas, -tanto a nivel internacional como en su aplicación nacional- de la laxitud e inespecificidad de la noción de *tratamiento para los consumos de drogas* a una mayor precisión que, empero, conservó un carácter no vinculante.



Tabla I. Definiciones de tratamiento y modificaciones respecto de normativas previas (1998-2019)

Año	Autor	Documento/ Normativa	Definición de tratamiento	Modificaciones respecto de documentos/ normativas previas
1998	Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	Trigésimo Reporte	Proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible	-
2003a	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC)	Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación	Una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social	-
2003b	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC)	Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas. Documento de debate para la formulación de políticas	Intervenciones dirigidas a: 1) la desintoxicación y estabilización; 2) el aprendizaje de modelos orientados a mejorar la salud personal y la función social y reducir los riesgos del abuso de drogas para la salud; y 3) introducir modificaciones del comportamiento y del estilo de vida que sean incompatibles con el abuso de sustancias	Mayor precisión en la definición de <i>tratamiento</i> e indicación de que su objetivo más importante es la eliminación o reducción del alcoholismo y el consumo de drogas ilícitas
2016	Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRO-NAR)	Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2016-2020	No avanza en una definición operativa de <i>tratamiento</i> ni indica tipo de tratamientos válidos, sino que lista un conjunto de intervenciones para el abordaje de la problemática. Definición laxa de la población-objetivo y equiparación entre tipo de tratamiento y tipo de efector	Los tratamientos deben adoptar, como norma general una modalidad ambulatoria que sólo podría modificarse ante situaciones especiales
2017	ONUDC y OMS	Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas	No hay tampoco una definición operativa de <i>tratamiento</i> que permita diferenciar lo que es y no es un tratamiento. Hay una descripción de los tipos de intervenciones, con sus perspectivas y poblaciones-objetivo y brinda orientaciones de cómo deberían funcionar. Señala que no hay enfoques que se ajusten a todos los trastornos por consumo de drogas. De allí que afirme la necesidad de que existan intervenciones variadas en diversos entornos	Las drogadependencias deben ser consideradas una enfermedad y atenderse como cualquier enfermedad crónica. Se distingue entre servicios para tratamiento y cuidados (autocuidado y cuidados comunitarios informales). Intervenciones como AA y NA no son consideradas tratamientos, sino cuidados

Año	Autor	Documento/ Normativa	Definición de tratamiento	Modificaciones respecto de documentos/ normativas previas
2019	Secretaría de Gobierno de Salud y SEDRONAR	Resolución Conjunta 5/19	Presenta una tipología de establecimientos con y sin internación, pero no hay una descripción del tratamiento en cada uno de esos efectores. Incluye recomendaciones para la creación de establecimientos y la adecuación de los existentes a la normativa vigente, pero estas son no vinculantes	Los efectores deben contar con el consentimiento informado del paciente y enmarcarse en el paradigma de la salud mental comunitaria y, por tanto, incluir el enfoque de reducción de riesgos y daños (estos puntos están en relación con las leyes 26657 y 26934). Hay una mayor especificación de la noción de <i>tratamiento</i> , pero el carácter no vinculante de las indicaciones lleva a que instituciones no consideradas efectoras de salud estén socialmente legitimadas para abordar la problemática

Fuente: Elaboración propia en base a documentos y normativa consultada.

Habiendo arribado a este punto, cabe preguntarse de qué modo la noción de *tratamiento* se hace presente en nuestro *corpus* discursivo. En otras palabras, tal como mencionamos, nos interesa indagar el modo en que los/as directivos/as de dos tipos de instituciones polares (comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa y centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos) definen lo que es un tratamiento, el modo en que caracterizan el accionar de sus propias instituciones y la especificidad que le otorgan al trabajo para la rehabilitación del consumo de drogas. Tal como aclaramos en el apartado introductorio, abordaremos estos aspectos según los dos tipos de institución que consideramos.

2. La idea de *tratamiento* en dos tipos de instituciones polares

2.1. Comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa

En algunas de las instituciones religiosas que brindan asistencia para los consumos de drogas, especialmente aquellas que adoptan la metodología de la comunidad terapéutica, el consumo de drogas es visto como la expresión de un problema espiritual. El “adicto” es entendido como la expresión exacerbada de un individuo desanclado, desafiado y sin certezas. Ante la “ausencia de Dios en el corazón”, el sujeto encontraría en el consumo de drogas un refugio para llenar su vacío existencial. Junto con otras conductas “moralmente reprochables” (la mentira, el engaño, la fornicación, el adulterio, la promiscuidad sexual, la violencia), el consumo de drogas sería la expresión de la desviación de un camino de rectitud.

Sacás la droga y... ¿qué te queda? Y bueno, el vacío que tenías antes. Con algo tenemos



que llenarlo. Y bueno, fue la oración, la caridad, cambiar...ser más bueno (...) [La monja que fundó la institución] entendió que necesitábamos de Dios para llenar nuestro vacío de la vida (Darío, directivo de comunidad terapéutica católica).

En virtud de ello, la distinción que habitualmente se realiza entre consumo y consumo problemático; o entre uso, abuso y dependencia de sustancias; o el establecimiento de un gradiente de consumos (Camarotti y Güelman, 2013) carece de sentido en estas instituciones. Si el uso *per se* de una droga ilegalizada es visualizado como la punta del *iceberg* de una problemática más amplia –en este caso, espiritual– de nada sirve discriminar los patrones de consumo ni diferenciar entre sustancias con grados variables de toxicidad, nocividad y potencial adictivo. En otros términos, para estas instituciones la expresión *consumo problemático* carece de entidad o es redundante: todo consumo es problemático.

De esta conceptualización del consumo de drogas se deriva una situación particular. En múltiples ocasiones, el tipo de consumo que conduce a que una persona comience el proceso de admisión con vistas a la internación en la comunidad terapéutica en cuestión no sería considerado problemático desde la óptica de directivos/as o profesionales de la salud (fundamentalmente psicólogos/as y psiquiatras) de otros dispositivos, incluso algunos que también adoptan la metodología de la comunidad terapéutica.

Las instituciones que ubicamos en este grupo adoptan una modalidad particular dentro de la metodología de la comunidad terapéutica. Los elementos que configuran esta particular implementación son: la fuerte impronta religiosa de sus programas terapéu-

ticos; la intensa vida comunitaria; la estricta rutina laboral; la ausencia de profesionales de la salud en sus equipos de trabajo; la pertenencia a redes internacionales; la exigencia de abstinencia en el consumo de cualquier tipo de sustancia ilegalizada, así como de drogas legales (tabaco, bebidas alcohólicas y psicofármacos); y la duración prolongada de los tratamientos. A su vez los/as residentes están expuestos/as a un aislamiento que no se operativiza únicamente a través del confinamiento espacial, sino también a través de una serie de prohibiciones como ser visitados por sus familiares de manera frecuente; consumir medios masivos de comunicación; mirar programas de televisión, series o películas que no hayan sido previamente supervisadas por los directivos o responsables de la comunidad; leer literatura laica; y escuchar música no cristiana, entre otras (Güelman, 2017).

Muy sencilla la vida acá: trabajo, oración, compartir, amistad. No hay televisión, no hay música de afuera, no hay esta cosa de diarios. Los que vienen acá saben que tienen que dejar el colegio (...) Tienen que sacar, salir de todo lo que es...por un tiempo (Darío, directivo de comunidad terapéutica católica).

Como mencionábamos, una de las características distintivas de este tipo de instituciones es su conceptualización sobre los consumos de drogas como una problemática cuyas causas se asocian a la pérdida del sentido de la vida en las sociedades contemporáneas. Esta conceptualización explica cada uno de los lineamientos de sus programas de tratamiento. A su vez, redundante en que desplieguen una estrategia terapéutica indiferenciada que no contempla los patrones de uso de drogas (tipo de sustancia/s, frecuencia y modalidad de uso) ni las características sociodemográficas de las personas a las que brindan asistencia.



La conceptualización del uso de drogas como un fenómeno eminentemente espiritual y la mentada irrelevancia que asumen en el diseño y ejecución de los programas de tratamiento las particularidades de los contextos en que se emplazan estos centros se distancia de la estrecha vinculación entre consumo problemático de drogas y vulnerabilidad social que ha ganado una significativa primacía desde fines de la década de 2000 en Argentina. La existencia de conceptualizaciones divergentes y, en ocasiones, contradictorias respecto del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas y de las respuestas socioterapéuticas que se consideran más adecuadas para su abordaje es, a nuestro entender, una característica fundamental del heterogéneo campo de los consumos de drogas. Como venimos desarrollando, estas miradas divergentes o contradictorias hallan sustento, en parte, en la laxitud e inespecificidad con que se define lo que es un tratamiento para los consumos de drogas, o bien en el carácter no vinculante de los lineamientos para el abordaje socioterapéutico de los mismos.

Los/as directivos/as de las instituciones que ubicamos en este grupo no utilizan el término *comunidad terapéutica* para designar a los dispositivos en los que desempeñan su labor. Los vocablos empleados para definir a sus centros son “escuela de vida”, “comunidad de amor en la que se cultiva el trabajo, la oración y la vida comunitaria” y “sanatorio espiritual de adictos donde no se cura del alcohol o la droga, sino del sentido de la vida”.

Los/as directivos/as entrevistados/as señalan que constituye un error pensar la estancia en la comunidad como un tratamiento, ya que lo que allí se transmite y comparte es “otra cosa”. La renuencia a usar el término *tratamiento* para definir su accionar se explica también a

partir de dos expresiones que fueron vertidas en el contexto de una actividad organizada por una institución católica: “nosotros no sabemos nada de drogas” y “nosotros no somos profesionales de nada, solo somos profesionales del amor de Dios”.

Las dos expresiones precedentes resultan inescindibles de la forma en que, desde las comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa, se conciben las causas de los consumos de drogas. El hecho de que al uso de sustancias psicoactivas se le otorgue el mismo estatuto que a otro tipo de problemáticas que expresarían, también, la pérdida del sentido de la vida, le quita especificidad al trabajo terapéutico necesario para su abordaje. En otros términos, si el consumo de drogas no es más que un síntoma superficial de una problemática mucho más amplia (la pérdida del sentido de la vida), conocer los distintos tipos de sustancias, sus riesgos, las terapias psicológicas, psiquiátricas o farmacológicas para neutralizar sus efectos o prevenir los síndromes de abstinencia resulta irrelevante, cuando no contraproducente. De lo que se trata, es de “sanar espiritualmente”, “incorporar el amor de Dios”, “formar en valores” o ayudar a (re) encontrar el sentido de la vida. En suma, el abordaje de los aspectos espirituales asociados a la adicción (entendida como una entre tantas prácticas que expresan la desviación del camino de rectitud) y la consecución de la conversión religiosa llevarían a la resolución, por decantación, de la problemática por la que se acudió a la institución.

2.2. Centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos

En los centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos desarrollados desde el Programa Dispositivos Integrales de



Abordaje Territorial (DIAT) de la SEDRONAR, el consumo de drogas es entendido, principalmente, como un problema que, generalmente, ocurre conjuntamente con otras problemáticas como la violencia intrafamiliar, el abandono escolar, la falta de trabajo, la pobreza, la falta de documentación, los conflictos con la ley penal. Así, el uso de sustancias aparece como una más entre un conjunto de problemáticas sociales y su tratamiento debe ser abordado simultáneamente con las demás. Las personas con consumo problemático son comprendidas como sujetos con derechos vulnerados. En lugar de ser la expresión de la “desviación de un camino de rectitud espiritual” como en el caso anterior, los consumos problemáticos son vistos como la expresión de problemas ligados a contextos de pobreza y desigualdad social. Esta perspectiva incluye un desplazamiento del “protagonismo” del consumo en el diagnóstico, para atender a las múltiples vulneraciones que pueden atravesar las personas.

La enunciación del objetivo de estos centros guarda relación con la definición de consumo problemático del Plan IACOP como un fenómeno asociado a la exclusión social. Así como la vulneración de derechos produciría un escenario que favorece el consumo problemático de sustancias, su promoción y restitución tendrían un potencial terapéutico (Jefatura de Gabinete de Ministros-Presidencia de la Nación Argentina, 2017).

A diferencia de las comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa, en los centros comunitarios de prevención de gestión estatal, la noción de *consumo problemático* permite identificar diversos tipos de compromiso con la/s sustancia/s y, en base a ello, establecer las estrategias de acompañamiento. Para estas instituciones, la expresión *consumo problemático* es un eje fundamental para ordenar las

acciones y establecer el orden de prioridades. Aquí, definitivamente, no todo consumo es problemático.

La admisión a los centros se realiza mediante una breve entrevista a cargo de un miembro del equipo técnico en la que se construye un diagnóstico inicial. La entrevista está guiada por una serie de pautas cuyo objetivo es recabar información básica (datos de contacto y socio-demográficos); motivos de acceso al centro; relaciones socio-afectivas; vulnerabilidad en el acceso a derechos; y existencia de situaciones de violencia y/o de consumo problemático. En caso de que la persona requiera de algún tipo de acompañamiento, el diagnóstico inicial construido mediante la entrevista orienta las acciones del equipo de trabajo. Esta conversación inicial permite también problematizar los sentidos en torno a los consumos de sustancias, otorgar ciertas pautas de observación a quienes se acercan al centro, que permitan tener en cuenta otro tipo de elementos que suelen ser opacados por el lugar primordial de la sustancia en el diagnóstico, y evidenciar que no todo consumo es problemático.

En este tipo de centros, la mirada de perfiles técnicos permite distinguir qué casos requieren tratamientos con mayores restricciones y, por lo tanto, deben ser derivados a otros dispositivos (hospitales de día o establecimientos con capacidad de internación). A su vez, habilita la delimitación de las situaciones en que el uso de sustancias reviste un carácter ocasional o recreativo, hecho que no impide que estos/as usuarios/as puedan concurrir al dispositivo.

Los testimonios de los/as trabajadores/as entrevistados/as, dan cuenta de la diversidad de acciones que se desarrollan desde este tipo de centros destinados a la prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas.



A su vez, enfatizan en lo que, a su entender, define su enfoque de trabajo.

Yo creo que el ser humano, cuando va a un lugar, es recibido con un buen trato, es respetado, y verdaderamente le dan el espacio para que participe, se siente incluido en ese lugar (...) los pibes la pasan bien, se observa que los pibes la pasan bien (Guillermo, trabajador social, miembro del equipo de trabajo).

Mirá, más allá de lo que su nombre significa [Centros comunitarios de prevención de consumos problemáticos] (...) es un lugar de escucha, de contención, que ellos [quienes asisten] saben que siempre hay alguien. Que, si les pasa algo, alguno de los profesionales puede acompañarlos, puede ayudarlos (Victoria, psicóloga, miembro del equipo de trabajo).

Los fragmentos precedentes permiten apreciar algunos rasgos que definen este tipo de centros y que suponen, en primera instancia, un proceso de integración que se da por medio del tránsito regular y de la construcción, con cierta frecuencia, de vínculos entre las personas que lo habitan. Reforzando la idea de la contención, el sentido atribuido por la segunda entrevistada, remite a las funciones de acompañamiento y ayuda ofrecida a quienes concurren, por parte del equipo de trabajo del dispositivo. El disfrute es concebido como un factor fundamental para generar un tránsito regular y sostener la participación, condición para avanzar en los procesos de integración y acompañamiento. Estas características le imprimen una identidad particular y lo distinguen de otras instituciones.

Yo creo que es uno de los únicos lugares de la ciudad [en] que se trabaja la prevención y la promoción de derechos (...) Trabajamos no solamente las problemáticas de consumo

[problemático de sustancias psicoactivas] sino problemáticas de las familias, vocacionales, educacionales, laborales. Implica un abordaje transversal. Hay otras instituciones que brindan internación (Victoria, psicóloga, miembro del equipo de trabajo).

La particularidad de estos centros radica en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de derechos orientadas a personas que presentan o no problemáticas de consumo. En concordancia con el trabajo desarrollado por los centros barriales pertenecientes a la Federación Hogar de Cristo y a organizaciones de la economía popular, analizados por Ana Laura Azparren (2021) y Agustina Rossi Lashayas (2023) respectivamente, la labor en estos centros aborda múltiples facetas.

Desde gestionar un DNI [Documento Nacional de Identidad], a acompañar a realizar trámites judiciales, trámites policiales. Puede tener que ver con visitas domiciliarias, o con [desarrollar] entrevistas psicológicas respecto de alguna temática en particular (Gabriela, psicóloga, miembro del equipo de trabajo).

Asesorando, acompañando, en particular [a] las personas que padecían algún tipo de situación, tanto adicciones como violencia (...) es ir a la casa, charlar con ellos, y buscar algunas alternativas y trabajar a través del apoyo de diversas áreas del Estado (Guillermo, trabajador social, miembro del equipo de trabajo).

Como puede observarse, el tratamiento supone el trabajo al interior (espacios de escucha en el centro) y al exterior de los centros (visitas a viviendas o a instituciones estatales por parte de los/as miembros del equipo de trabajo), y en articulación con diversas áreas del Estado. Estos centros abordan situaciones problemáticas y procesos de vulnerabilidad no estrictamente asociados con las prácticas de consumo



de drogas, pero que permitirían lograr un nivel más elevado de salud y bienestar o un mejor desempeño en los ámbitos en que transcurre su vida. En los términos de las definiciones laxas e inespecíficas de la OMS de 1998 y el primer documento analizado de la ONUDC de 2003, despliegan un “tratamiento”, pese a que la mayoría de sus trabajadores/as no emplean este término para referirse a las acciones que desarrollan para el acompañamiento de los/as usuarios/as.

DISCUSIÓN

En este trabajo hemos analizado las significaciones de directivos/as de instituciones que brindan asistencia para los consumos de drogas acerca de la forma en que conceptualizan un tratamiento para los consumos de drogas, la especificidad que le atribuyen al trabajo con adicciones y, por último, los modos en que caracterizan el accionar de sus centros. Específicamente, llevamos a cabo un estudio de casos múltiples con pretensión comparativa. Seleccionamos un grupo de comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa y centros comunitarios preventivos de consumos problemáticos de gestión estatal, instituciones que pueden pensarse como polares, al interior del heterogéneo campo de dispositivos que brindan asistencia para el uso de sustancias psicoactivas. Este carácter polar está dado por su forma de concebir la problemática, su metodología de abordaje y sus resultados esperados y la composición de sus equipos de trabajo, entre otros aspectos.

Uno de los principales hallazgos a los que arribamos a partir del análisis de las entrevistas a directivos/as es que, en ambos grupos de instituciones, el consumo de drogas (sea o no designado como “problemático”, depen-

diendo de la institución en cuestión) no es considerado un problema en sí mismo, sino la expresión de un fenómeno más amplio, un emergente de una situación que lo trasciende. Para las comunidades terapéuticas de fuerte impronta religiosa, el consumo de drogas (con independencia de la sustancia y la intensidad con que se lo lleve a cabo) es la expresión de una problemática espiritual asociada a la pérdida del sentido de la vida. Para el centro preventivo de gestión estatal, en sintonía con las normativas jurídicas a las que debe ajustarse y que dieron lugar a su surgimiento institucional, el consumo problemático es una faceta de la vulnerabilidad social.

La conceptualización que ambos tipos de instituciones realizan sobre la problemática del consumo de drogas explica el segundo hallazgo: los abordajes que implementan se caracterizan por su inespecificidad. Si bien en el centro preventivo de gestión estatal los equipos técnicos incorporan perfiles profesionales que, por las características de sus disciplinas de origen, podrían tener un mayor acercamiento a la problemática del consumo de sustancias (trabajadores/as sociales, psicólogos/as, psiquiatras), en ninguno de los tipos de dispositivos existe el requerimiento de contar con una formación específica en drogadependencias para formar parte del *staff*. En ambos tipos de instituciones, observamos que las intervenciones desplegadas desbordan ampliamente lo que podría considerarse un abordaje específico para el consumo de drogas. El trabajo a desarrollar no gira entonces, de manera prioritaria, sobre el uso de sustancias psicoactivas, sino sobre lo que se considera que explicaría su ocurrencia.

El tercer hallazgo se encuentra estrechamente vinculado con los dos anteriores. Quienes concurren a ambos tipos de centros



no son -en su totalidad o necesariamente- consumidores/as de drogas.

Entre las limitaciones de este artículo ha de mencionarse, en primer lugar, que el relevamiento documental y normativo que realizamos no tuvo pretensiones de exhaustividad. Una segunda limitación que identificamos es el hecho de haber considerado solo dos grupos de instituciones dentro del amplio espectro de abordajes socioterapéuticos para los consumos de drogas existente. Estas limitaciones podrían subsanarse con líneas de investigación futuras que amplíen, e.g., el *corpus* de fuentes, a través de la inclusión de documentos de otros organismos supranacionales con el objeto de lograr una mayor riqueza y profundidad en el análisis de lo que significa un tratamiento para los consumos de drogas. A su vez, podría realizarse un trabajo comparativo que contemple instituciones de tratamiento de otras modalidades o que, incluso, trascienda el carácter nacional del presente artículo.

CONCLUSIONES

Las definiciones sobre *tratamiento para los consumos de drogas* elaboradas por los organismos internacionales rectores en la temática (OMS, 1998; ONUDC, 2003a; 2003b; ONUDC y OMS, 2017) y luego “bajadas” en la normativa y resoluciones de los países miembros (como Argentina) revistieron hasta la década de 2010 una gran inespecificidad. A nuestro entender, una definición operativa de *tratamiento para los consumos de drogas* dejaría por fuera muchos abordajes e intervenciones que actualmente existen en el campo. Esta laxitud e inespecificidad puede pensarse como sustento normativo para la gran heterogeneidad de abordajes que existe en el campo de los consumos de drogas.

Estos trabajan desde paradigmas divergentes -y, en ocasiones- contradictorios; definen la problemática de maneras disímiles; y presentan diferencias significativas en la composición de sus equipos de trabajo. ¿En qué medida las normativas y recomendaciones internacionales sobre la temática son conocidas por las instituciones de tratamiento? ¿Cuán presentes están en su accionar?

A partir de la década de 2010, las definiciones fueron ganando en precisión, pero conservaron un carácter no vinculante que permitió que pudiera asignarse la etiqueta de *tratamiento* a intervenciones muy diversas, implementadas por dispositivos muy heterogéneos entre sí. ¿Esta laxitud en la normativa y en la forma de definir qué se entiende por tratamiento para los consumos de drogas explica la heterogeneidad de metodologías de trabajo al interior del campo y las miradas divergentes sobre la problemática? ¿O es esta heterogeneidad y esta diversidad de conceptualización lo que ha llevado a los organismos internacionales rectores en la temática a elaborar definiciones laxas e inespecíficas de *tratamiento para los consumos de drogas*, de modo de “no dejar nada por fuera”? La convivencia de metodologías heterogéneas para el abordaje ¿posibilitó la existencia de diversos criterios de eficacia o de resultados esperados? En otras palabras, si el “éxito” de un tratamiento varía en función de los resultados esperados -los cuales difieren en base al carácter de la institución- ¿existen criterios diversos para establecer la efectividad de un tratamiento?

A modo de cierre, creemos que a partir del análisis realizado emergen algunos interrogantes que consideramos relevantes para el campo de la asistencia de los consumos de drogas. El tratamiento de los consumos



de drogas, ¿requiere un abordaje específico? ¿Cuándo podemos decir que estamos en presencia de un tratamiento para los consumos de drogas? Y, por último, ¿qué efectos cabría esperar de un escenario hipotético en el que las resoluciones que indican cómo debe abordarse socioterapéuticamente el consumo de drogas tuvieran carácter vinculante?

REFERENCIAS

- Alli, A. et al. (2020). Modos discontinuos y erráticos de transitar un hospital especializado en salud mental y adicciones de la Ciudad de Buenos Aires: la mirada de profesionales de la salud. *Salud Colectiva*, 16: e2521. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2521>
- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos Saúde Pública*, 9(3), 263-271. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>
- Alves, P. C. (2015). Itinerário Terapêutico e os nexos de significados da doença. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, 42, 29-43.
- Apodaca Gorostidi, I. (1995). Ocho aspectos críticos en la valoración de la eficacia de los tratamientos. *Revista Española de Drogodependencias*, 20 (2), 129-132.
- Azparren, A. L. (2021). *Del consumo al cuidado. Trayectorias de personas usuarias de pasta base/paco en villas de la Ciudad de Buenos Aires (2014-2018). Análisis desde una perspectiva interseccional*. Tesis doctoral. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.
- Camarotti, A. C. (2011). *Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños*. Editorial Académica Española.
- Camarotti, A.C. y Güelman, M. (2013). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78. <https://doi.org/10.18294/smyc.2013.4996>
- Dabenigno, V. (2017). "La sistematización de datos cualitativos desde una perspectiva procesual. De la transcripción y los memos a las rondas de codificación y procesamiento de entrevistas. En P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin y M. Güelman, *Estrategias para el análisis de datos cualitativos* (pp. 22-70). Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Fernández Pérez, I. M. (2018). Influencia del diagnóstico de trastorno de personalidad en el éxito de un tratamiento para la adicción al alcohol y a la cocaína en una comunidad terapéutica. *Health and Addictions/ Salud Y Drogas*, 18 (2), 121-132. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.385>
- Flyvbjerg, B. (2004). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante los estudios de caso. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 106 (1), 33-62. <https://doi.org/10.2307/40184584>
- Freidin, B. (2017). "El uso de despliegues visuales en el análisis de datos cualitativos. ¿Para qué y cómo los diseñamos?". En P. Borda, V. Dabenigno, B. Freidin y M. Güelman, *Estrategias para el análisis de datos cualitativos* (pp. 72- 108). Instituto de Investigaciones Gino Germani.



- Güelman, M. (2017). "Encontrar el sentido de la vida". *Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales*. Tesis de maestría. Los Polvorines, Argentina: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES)/Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Güelman, M. y Azparren, A.L. (2017). El anclaje territorial en los abordajes religiosos para el consumo de drogas en Buenos Aires (Argentina). *Revista Española de Drogodependencias*, 42 (2), 43-55.
- Güelman, M., Camarotti, A. C. y Azparren, A. L. (2022). Grietas en el campo de los consumos de drogas en Argentina. Debates sobre las políticas implementadas durante los gobiernos kirchneristas. *Revista SAAP*, 16 (2), 373-398. <https://doi.org/10.46468/rsaap.16.2.A6>
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J.I. (2018). *Manual de metodología de las ciencias sociales*. Siglo XXI.
- Nobre, M. y Kurihara, A. C. (2023). The body and the law: a general view of a place for health in the current prohibitionist approach to drug dependence in Brazil. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 23(1), 131-151. <https://doi.org/10.21134/haaj.v23i1.721>
- Rossi Lashayas, A. (2023). *Abordajes de los consumos problemáticos de drogas desde organizaciones de la economía popular: análisis de las diferencias de género desde una perspectiva interseccional (2014-2022)*. Tesis de maestría. Caseros, Argentina. Universidad Nacional de Tres de Febrero.
- Schütz, A. ([1962] 1995). *El problema de la realidad social*. Amorrortu.
- Uchtenhagen, A. (2012). ¿Qué significa "mejores prácticas" en el tratamiento de las toxicomanías? *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 401-409.
- Vázquez, A. (2014). Políticas públicas en materia de drogas en Argentina: políticas de estigmatización y sufrimiento. *Saúde em Debate*, 38, 830-839. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140075>

Normativa

- Boletín Oficial 11/06/1997, resolución conjunta 361/97 y 153/97 del Ministerio de Salud y Acción Social y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Normas de categorización para establecimientos que brindan servicios preventivos-asistenciales en drogodependencia).
- Boletín Oficial 03/12/2010, ley 26657, Buenos Aires, Argentina (ley Nacional de Salud Mental).
- Boletín Oficial 29/05/2014, ley 26934, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).
- Boletín Oficial 18/06/2019, resolución conjunta 5/19 de la Secretaría de Gobierno de Salud y la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Pautas para la organización y funcionamiento de establecimientos de tratamiento en consumos problemáticos y lineamientos de adecuación institucional).



Documentos institucionales

Jefatura de Gabinete de Ministros-Presidencia de la Nación Argentina (2017). *Memoria detallada del estado de la Nación 2016*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/argentina-memoria-detallada-estado-nacion-2016.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) (2003a). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

ONUDD (2003b). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas. Documento de debate para la formulación de políticas*. https://www.unodc.org/docs/treatment/Investing_S.pdf

ONUDD y OMS (2017). *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas*. https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Comité de Expertos en Farmacodependencia (1998). *Trigésimo Reporte*. https://www.drugsandalcohol.ie/5708/1/WHO_Expert_committee_30th_report.pdf

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRO-NAR) (2016). *Plan Nacional de Reducción de la Demanda (2016-2020)*. <https://www.argentina.gob.ar/sedronar/plan>