

Artículo especial

Revisión histórica de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina

ANA CLARA CAMAROTTI, MARTÍN GÜELMAN

ANA CLARA CAMAROTTI
Doctora en Ciencias Sociales.
Universidad de Buenos Aires.
Facultad de Ciencias Sociales.
Instituto de Investigaciones
Gino Germani (IIGG),
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).
Buenos Aires, Argentina.

MARTÍN GÜELMAN
Magíster en Ciencias Sociales.
Universidad de Buenos Aires.
Facultad de Ciencias Sociales.
Instituto de Investigaciones
Gino Germani (IIGG),
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET).
Buenos Aires, Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27/03/2018
FECHA DE ACEPTACIÓN: 13/04/2018

En este artículo presentamos una periodización de las respuestas para el tratamiento de los consumos de drogas en Argentina. Indagamos también las vinculaciones entre estas respuestas y los cambios en las percepciones sociales en torno a las y los consumidores de drogas y en las normativas jurídicas que colaboran en dichas construcciones. Para la delimitación de las etapas, tomamos como elemento central las respuestas que se fueron implementando tanto desde la sociedad civil, como desde el Estado. Identificamos cuatro etapas. La primera (1966-1982) se encuentra signada por el surgimiento de una serie de instituciones estatales y de la sociedad civil precursoras en el tratamiento específico del consumo de drogas. La segunda etapa (1983-1988) se inicia con la restauración democrática en Argentina y la consiguiente ampliación de las libertades civiles. En este contexto, emergieron iniciativas estatales y de la sociedad civil que adoptaron la metodología de la comunidad terapéutica y una perspectiva de trabajo abstencionista. La tercera etapa (1989-2007) se corresponde con la masificación del consumo de drogas y la consiguiente proliferación de instituciones de tratamiento. Finalmente, en la cuarta etapa (desde 2008 hasta la actualidad) comienzan respuestas orientadas a mejorar la inclusión social de las y los usuarios de drogas.

Palabras clave: Narcóticos – Trastornos relacionados con sustancias – Tratamientos.

Historical Revision of Socio-therapeutic Approaches to Drug Consumption in Argentina

In this article, we present a chronological framework of the approaches for the treatment of drug consumption in Argentina. We also analyze the links between these responses and the changes in the social perception of drug users and the legal regulations that collaborate in those constructions. To delimit the stages, we consider the approaches that were developed both from the civil society and the State as the main factor. We identified four stages. The first one (1966-1982) is marked by the emergency of a series of state and civil society institutions, forerunners in providing specific treatment for drug consumption. The second stage (1983-1988) begins with the democratic restoration in Argentina and the consequent extension of civil liberties. In this context, governmental and non-governmental initiatives emerged that adopted the methodology of therapeutic community and an abstentionist perspective. The third stage (1989-2007) corresponds to the massification of drug use and the consequent proliferation of treatment centers. Finally, during the fourth stage (from 2008 to the present) some initiatives oriented towards the improvement of the social inclusion of drug users have emerged.

Keywords: Narcotics – Substance-Related Disorders – Treatments.

CORRESPONDENCIA
Dra. Ana Clara Camarotti.
Uriburu 950, 6°, oficina 3,
C1114AAB.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
anaclaracamarotti@gmail.com

Introducción¹

En este artículo presentamos una periodización de las respuestas para el tratamiento de los consumos de drogas en Argentina. Indagamos también las vinculaciones entre estas respuestas y los cambios en las percepciones sociales en torno a las y los consumidores de drogas y en las normativas jurídicas que colaboran en dichas construcciones. Para la delimitación de las etapas, tomamos como elemento central las respuestas que se fueron implementando tanto desde la sociedad civil (por parte de actores e instituciones religiosos y no religiosos) como desde el Estado.

Las imágenes que se construyen en torno a la persona consumidora de drogas en una etapa histórica determinada no son unívocas, sino que presentan diferencias entre grupos sociales. No obstante, una de ellas adquiere un carácter preponderante. Los factores que intervienen son: las normativas vigentes; la perspectiva de funcionarios gubernamentales y de actores relevantes de la sociedad civil en dicho momento; las imágenes construidas desde los medios de comunicación; y las características coyunturales que adquiere la problemática del consumo de drogas. Esta percepción social incide, a su vez, sobre las normativas que se sancionan.

El escrito se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, describimos las características principales de una iniciativa pionera para el tratamiento no biomédico del alcoholismo: *Alcohólicos Anónimos* (AA). El carácter fundacional de esta respuesta se debe a que las intervenciones clínicas y psiquiátricas para el abordaje de la problemática eran fragmentarias y carecían de sistematicidad [24]. Esta respuesta conserva una fuerte vigencia y una extendida cobertura geográfica, tanto en Argentina como en otros países. En segundo lugar realizamos una periodización de las diversas etapas de la historia de las respuestas socio-terapéuticas para los consumos de drogas en Argentina.

a) Una iniciativa pionera en el tratamiento no biomédico del alcoholismo: *Alcohólicos Anónimos*

Desde su origen (en 1935), AA se convirtió en una iniciativa pionera en el tratamiento no biomédico del alcoholismo ya que, hasta ese momento, el abordaje de la problemática transcurría exclusivamente por los senderos de la clínica y la psiquiatría. El carácter no biomédico del abordaje de AA radica en que no ofrecen prestación de servicios de desintoxicación ni de enfermería, hospitalización, medicinas o cualquier tratamiento médico o psiquiátrico (Folleto informativo de AA).²

Los grupos de AA son dispositivos ambulatorios de autoayuda grupal integrados únicamente por alcohólicos o ex alcohólicos, sin participación de profesionales de la salud. Sin embargo, desde la institución se fomenta que aquellos sujetos que busquen complementar la participación en los grupos con ayuda profesional, puedan hacerlo. El potencial terapéutico de la ayuda grupal radicaría en la identificación con el resto de los participantes, quienes al haber «pasado por lo mismo» se encuentran en condiciones de comprender los sentimientos y experiencias de otro alcohólico.

Uno de los elementos fundamentales de estos dispositivos es la concepción del alcoholismo como una enfermedad crónica, compulsiva que, sin embargo, puede controlarse. Esta concepción resultaba novedosa para la época, ya que rompía con la mirada hegemónica que lo entendía como un defecto moral o una perversión. La abstinencia total de sustancias es visualizada como «la única manera de contrarrestar el alcoholismo» (Folleto informativo de AA).

La recuperación en AA está basada en los *Doce Pasos*. Éstos constituyen un programa de recuperación de orientación espiritual pero explícitamente no religioso, es decir, no adscrito a ningún credo institucionalizado [7, 10, 16]. Los materiales bibliográficos que elabora AA se empeñan en afirmar el carácter no confesional de la organización, ante la evidencia de que buena parte de las reuniones tienen lugar en dependencias de instituciones religiosas. La utilización de estos ámbitos responde a una serie de factores: las posibilidades de

¹ El presente trabajo constituye una versión ampliada y corregida del capítulo «Historia de los tratamientos para los consumos de drogas» publicado originalmente en Camarotti AC, Jones D, Di Leo PF. Directores. Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas. Buenos Aires: Teseo; 2017.

² Alcohólicos Anónimos. Folletos informativos; [citado 2017 oct 2]. Disponible en: <http://www.alcoholicos-anonimos.org>

garantizar el anonimato de las y los participantes, y la confidencialidad de las reuniones; su disponibilidad y facilidad de acceso; y la escasa (o nula) contraprestación económica que las entidades religiosas suelen exigir por su cesión. La pretensión de diferenciar el carácter espiritual del programa de la matriz religiosa, se fundamenta en que la espiritualidad es entendida como una experiencia dinámica de búsqueda de sentido trascendente en la vida cotidiana, mientras que la religión es asociada a la institucionalización o formalización de un conjunto de creencias y prácticas vinculadas con dicha búsqueda [7].

Los resultados positivos que comenzaron a mostrar los dispositivos, es decir, el creciente número de personas que lograban permanecer sobrias, llevó a que el movimiento se extendiera rápidamente por el mundo [22]. En la actualidad, se estima que existen alrededor de 150 mil grupos de AA distribuidos en más de 180 países, lo que lo convierte en el mayor programa de autoayuda del mundo [11]. AA apela a los 2 millones de personas que, a partir de su participación en los grupos, «han logrado la sobriedad» para autodefinirse como el «tratamiento más eficaz contra el alcoholismo» (Folleto informativo de AA).

Con posterioridad a la aparición de los grupos de AA surgió en 1953 un dispositivo que trabaja desde una metodología idéntica y halla sus raíces en la misma matriz ideológica, espiritual y terapéutica: *Narcóticos Anónimos* (NA). Como su nombre lo indica, aquello que diferencia a NA de AA es que la primera está dirigida exclusivamente a consumidores de drogas ilegalizadas.

En Argentina, los grupos de AA comenzaron a funcionar en 1953 y actualmente tienen presencia en todas las provincias del país. Por su parte, el origen de los primeros grupos de NA en Argentina se remonta a 1986 [26, 27, 25].

b) Periodización de las respuestas socio-terapéuticas para consumos de drogas en Argentina

Etapas 1. Primeras respuestas para el tratamiento específico de drogas ilegalizadas (1966-1982)

A diferencia de lo que ocurría a nivel internacional desde el segundo tercio del siglo XX, en Argentina el consumo de drogas no era un tema de agenda del Estado. Por el contrario,

éste era un tema percibido como ajeno.

«Esto aquí no pasa» era la respuesta generalizada ante la imagen estereotipada del heroinómano³ (representado como el usuario de drogas «típico») que la literatura mostraba en los países centrales (EE.UU y Europa occidental) o ante los usuarios de marihuana que la cinematografía local circunscribía a reducidos y elitistas grupos de «snobs de clase alta y gente de la noche» [28, p.49-50].

Con independencia de los grupos de autoayuda de AA, la primera institución especializada en la provisión de tratamientos para las *fármacodependencias* data de 1966 [25, 26, 27]. El Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) fue creado en el marco de la cátedra de Toxicología, dirigida por el profesor Alberto Calabrese, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) [19, 28]. El objetivo fue ofrecer tratamientos gratuitos a las y los consumidores y sus familias.

A fines de la década de 1970 el FAT atendía entre 50 y 60 personas permanentemente. Brindaba servicio médico de urgencia, servicio de asistencia social y psiquiatría. Trabajaba activamente en prevención y había comenzado a vincularse con las primeras organizaciones de la sociedad civil [dedicadas a la temática] (...) [19, p.7].

En lo que respecta a la composición profesional, el FAT tuvo, desde su surgimiento, un carácter interdisciplinario. Su enfoque de trabajo se encuadra dentro de lo que definen como *sociología crítica*, perspectiva cuyo propósito es problematizar el significado social del consumo de drogas [28]. Desde su fundación hasta 1980, el FAT funcionó en las dependencias de la cátedra de Toxicología. A partir del retiro de Calabrese, en dicho año, la institución cuyo funcionamiento dependía enteramente del apoyo de la cátedra, debió independizarse de ésta y reconvertirse en una asociación civil sin fines de lucro.

La creación, en 1966 (pocos meses después de la fundación del FAT), del Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX),

³ La heroína nunca ingresó al mercado ilegal de sustancias de América latina y fue suplantada por la cocaína. Esto llevó a que situaciones y prácticas similares de consumo conlleven resultados diferentes.

también dependiente de la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA, y del Servicio de Toxicomanías en el Hospital «José Tiburcio Borda» en 1972, constituirán las primeras respuestas estatales para el abordaje de la problemática.

El CEPRETOX surgió a partir de un convenio entre la cátedra y la Secretaría de Salud Pública.⁴ Brindaba tratamientos ambulatorios y llevaba a cabo tareas preventivas, charlas a la comunidad y asesoramiento telefónico. A diferencia del FAT y del CEPRETOX, el Servicio de Toxicomanías del Hospital Borda ofrecía internaciones. Su abordaje combinaba aspectos psiquiátricos con la implementación de actividades recreativas. El servicio prestó asistencia durante sólo dos años [19, 26]. Valeria Manzano sostiene que, pese a que el servicio estaba inspirado en la antipsiquiatría y proponía la creación de vínculos horizontales entre pacientes y profesionales, en la práctica «(...) la vida en el pabellón se parecía bastante poco al modelo» [21, p.58].

A partir de la promulgación de la ley 20.771 en 1974, el ministro de Bienestar Social López Rega impartió a la Policía Federal Argentina (PFA) el mensaje de que la prevención de la toxicomanía era una faceta más de la *lucha contra la subversión*. En términos operativos, esto se tradujo en la creación de un departamento de toxicomanía al interior de la fuerza. Este hecho convirtió a la PFA en la primera institución policial del mundo en contar, dentro de su estructura, con una división de estas características. A partir de la instauración de la División de Prevención de la Toxicomanía, la PFA se convirtió en el motor de la prevención de esta problemática en Argentina [1]. La participación directa de López Rega en el tratamiento de aspectos vinculados al consumo de drogas, permitió el establecimiento de un acuerdo bilateral con Estados Unidos [23]. A partir del acuerdo, el Ministerio de Bienestar Social comenzó a recibir un importante caudal de fon-

dos del Tesoro Nacional por los cuales no tuvo que rendir cuentas. En 1975, la mencionada división se expandió a seis brigadas que fueron a capacitarse a Estados Unidos [21].

Otro hito en la conformación de la drogadicción como problema público, fue la creación en 1973 del Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO), a través de la Ley 20.332, por iniciativa de la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON) del Ministerio de Bienestar Social⁵ [2, 13, 19, 21, 26]. El centro tenía por objeto brindar

(...) asistencia integral (...) [a] personas adictas a sustancias estupefacientes o psicotrópicas causantes de dependencias físicas o psíquicas, [así como el desarrollo de] (...) tareas de investigación biomédica, psicológica y social [y la] (...) capacitación en servicio para personal especializado.⁶

El CE.NA.RE.SO «(...) fue el primer y más importante centro especializado en la rehabilitación de adictos de América Latina» [19]. En su origen, funcionaba como un organismo descentralizado del Ministerio de Bienestar Social, perteneciente a la Secretaría de Promoción y Asistencia Social. La institución tuvo desde su creación, al igual que el FAT, un carácter interdisciplinario. A su vez, esta institución mostró gran dinamismo en publicaciones y trabajos que marcaron una clara diferencia con los discursos y las prácticas de la época. Según Luciano Guillermo Levin, la creación del CE.NA.RE.SO respondió más a las crecientes exigencias internacionales de implementar estrategias terapéuticas para toxicómanos que a la «(...) incipiente demanda asistencial que se estaba generando en los hospitales nacionales y a la que nadie sabía exactamente cómo enfrentarse» [19, p.12].

Como ha expresado Graciela Touzé [28], la

⁴ Cabe destacar que la salud pública no siempre tuvo rango ministerial en Argentina. El gobierno de facto que llegó al poder en 1955, a partir del derrocamiento del presidente Juan Domingo Perón, disolvió el Ministerio de Salud Pública creado en 1949 y subsumió su actuación dentro del Ministerio de Asistencia Social, que poco tiempo después sería desarticulado. En 1966, con la sanción de la Ley Orgánica de Ministerios (ley 16.956) se creó el Ministerio de Bienestar Social en cuya órbita funcionó la Secretaría de Salud Pública [19].

⁵ La CONATON, creada en 1972, tenía entre sus funciones «(...) planificar y proponer la ejecución de programas de prevención y educación, para protección de la comunidad; asistenciales para tratamiento específico; de rehabilitación familiar y reubicación laboral por medio de agencias sociales, jurídicas y de represión, a través de los órganos específicos de seguridad» (Decreto 452/72). La creación de la CONATON fue impulsada, en gran medida, por la llegada de representantes del gobierno estadounidense presidido por Richard Nixon.

⁶ Boletín Oficial 10/05/1973, Ley 20.332, Buenos Aires, Argentina.

creación del CEPRETOX y del Servicio de Toxicomanías del Hospital Borda ubicó al consumo de drogas como un problema psiquiátrico-toxicológico, cuyo control fue confiado a profesionales médicos. Las propuestas del CE.NA.RE.SO y del FAT, en cambio, lo entendieron, categorizaron y significaron como un problema psico-socio-cultural, por lo que se requería la presencia de otros profesionales.

Durante la década de 1970, y especialmente durante los años de la última dictadura civil-militar (1976-1983), se produjo un cambio en la imagen social de la persona consumidora de drogas. Ésta comenzó a ser vista como un sujeto *peligroso para la seguridad*, como la o el joven contestatario que cuestionaba el orden establecido [28].

En 1977 se puso en marcha un proyecto para planificar acciones escolares relacionadas con la salud psicofísica y espiritual en la que las y los jóvenes puedan hacer elecciones responsables. El mismo fue realizado por la Dirección Nacional de Educación Media y Superior, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del Uso Indebido de Drogas (FNUFUID).

A modo de cierre, durante el autodenominado *Proceso de Reorganización Nacional* se profundizó la represión y estigmatización de las personas usuarias de drogas. A su vez, se enfatizó aún más la vinculación que se había establecido entre uso de drogas ilegalizadas y subversión. Rosa del Olmo [8] ha señalado que esta vinculación no fue patrimonio exclusivo de Argentina, sino que fue una constante geopolítica del continente americano durante este período, debido a la fuerte influencia del gobierno de Estados Unidos.

Etapas 2. Mayor visibilidad del consumo de drogas y nuevas respuestas abstencionistas (1983-1988)

El restablecimiento de la democracia en 1983 y la consiguiente ampliación de una serie de libertades civiles supusieron una mayor visibilidad social del fenómeno del consumo de drogas. El «fenómeno de las drogas» inició una nueva fase caracterizada por un aumento del consumo de sustancias en cantidad y variedad,

que inauguró una época de *policonsumo* [2].

En este clima de transición, las políticas que se formulaban para abordar la problemática muchas veces tenían más líneas de continuidad que de ruptura con el gobierno dictatorial. En oposición a un estandarte del gobierno de facto como la *guerra contra las drogas*⁷ y ante la extendida opinión de que, con el pretexto del combate contra las sustancias ilegalizadas, se habían llevado a cabo prácticas abusivas, se esperaba que el rol del Estado democrático frente a la problemática fuera diferente [1, 3, 28]. De este modo, se produjo un traspaso de la figura de la persona adicta como *culpable y delincuente*, a otra que la definía como *enferma*. «La nueva democracia se esforzaba en visibilizar al adicto como un ciudadano con derechos y con problemas sobre los que el Estado debía intervenir» [20, p.66].

Esto redundó durante las décadas de 1980 y, especialmente, de 1990, en la multiplicación de centros de atención estatales y de la sociedad civil, que ofrecieron una pluralidad de estrategias de prevención y tratamiento. La proliferación de instituciones dedicadas a la temática tuvo como corolario la creación, durante estos años, de dos redes: la *Federación Argentina de Comunidades Terapéuticas (FACT)* —fundada en 1985— y la *Federación de Organizaciones No Gubernamentales de Argentina para la Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA)* —que comienza su labor en 1986, pero obtiene la personería jurídica en 1991—.

Como señalamos en un trabajo previo [2], en estos años de retorno de la democracia, la opinión de la Iglesia Católica fue determinante en la construcción del problema. A pesar de que el gobierno de Alfonsín se mostró en desacuerdo con el tratamiento que la Iglesia Católica dio a muchos tópicos que esta institución determinó como prioritarios, al momento de dar respuesta a los problemas de los consumos de drogas, las medidas institucionales implementadas se basaron en una postura abstencionista y represiva

⁷ Con el término *guerra contra las drogas* se designa a la estrategia estadounidense de persecución de la producción, comercio y consumo de drogas ilegalizadas, a través de la intensificación de las sanciones penales, implementada en 1971 durante la presidencia de Richard Nixon y luego replicada en la mayoría de los países.

que *demonizaba* a las sustancias. No obstante, la gestión de Alfonsín al frente del Poder Ejecutivo Nacional colaboró para legitimar nuevos discursos preventivos, al tiempo que amplió y diversificó la oferta asistencial y reavivó el debate legislativo, convirtiendo a la *drogadicción* en un tema prioritario de la agenda pública.

Con el objeto de promover el diseño de políticas preventivas y asistenciales y la formación de recursos humanos destinados a reducir la oferta y la demanda de drogas, en 1985 fue creada, bajo la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas (CONCONAD). Esta institución

(...) avanzó hacia una perspectiva educativo-sanitaria sobre el tema del consumo de drogas, apartándose del enfoque de control social que caracterizó a la dictadura militar. La comisión trabajó (...) en la construcción de una mirada no punitiva sobre la tenencia de drogas para uso personal, aunque sin modificar las leyes penales [20, p.66].

Las respuestas del gobierno, en este período, se sustentaban en dos líneas de trabajo diferenciadas. Por un lado, llevaban a cabo la lucha contra el narcotráfico. Por otra parte, abordaban la prevención y la reducción de las consecuencias negativas del consumo.

En 1986 se sancionó la ley 23.358,⁸ que incluía en los planes de estudio de los niveles de enseñanza primaria y secundaria, los contenidos necesarios con el fin de establecer una adecuada prevención de la drogadicción. El Ministerio de Educación puso en marcha también el Programa Nacional de Educación Preventiva que incluía proyectos de capacitación con docentes. La incorporación de estrategias preventivas y ya no sólo respuestas asistenciales fueron una marca del gobierno de Alfonsín.

En lo que respecta a las respuestas asistenciales, un hito fundamental en esta etapa fue la creación en 1982, del Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones «Programa Andrés». La fundación de Programa Andrés —primera comunidad terapéutica de Argentina— constituye una muestra clara del rol fundamental que

las instituciones religiosas desempeñaron (y aún desempeñan) en el abordaje de la problemática.

En sus orígenes, el Programa Andrés, lejos de ser una institución estructurada para ofrecer tratamientos formales para el consumo de drogas, consistió en la puesta en práctica de grupos de autoayuda que se desarrollaban en lo que se conocía como *granjas comunitarias* [19].

Wilbur Ricardo Grimson [15] reserva el término *unidades de supervivencia* para designar a estos proyectos primitivos o protocomunidades terapéuticas. En su crecimiento, estos proyectos fueron advirtiendo que adoptaban características propias del modelo de comunidad terapéutica, tal como se concebía en Europa y Estados Unidos. Desde su fundación, el Programa Andrés estuvo fuertemente influenciado por el modelo estadounidense de comunidad terapéutica. El programa terapéutico de la comunidad tuvo inicialmente una fuerte impronta religiosa que fue perdiendo con el transcurso de los años. En la actualidad, el tratamiento detenta una orientación espiritual, pero la institución no adscribe a ningún credo religioso.

La tradición italiana de comunidad terapéutica (*Progetto Uomo*) influyó de manera notable en las instituciones argentinas dedicadas a la provisión de tratamientos para el consumo de drogas. Brígida Renoldi [26], Touzé [28] y Silvana Garbi [13] señalan que para comprender esta influencia es preciso remontarse a un proyecto de capacitación de operadores socioterapéuticos en prevención y tratamiento de adictos a las drogas en dicho modelo, a partir de un convenio entre el gobierno argentino y el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID),⁹ en la década de 1980.

El curso tenía como principales objetivos que las personas vivieran la experiencia de convivencia en una comunidad terapéutica y que

⁸ Boletín Oficial 05/12/1986, Ley 23.358, Buenos Aires, Argentina.

⁹ En 1997 este organismo se fusionó con el Centro para la Prevención Internacional del Crimen y se conformó la Oficina de Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen (ODCCP) o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), según su denominación en inglés (Cfr. www.unodc.org).

adquirieran las herramientas y capacidades para la posterior implementación de esta metodología de trabajo en Argentina. El grupo argentino que viajó a Italia, compuesto mayoritariamente por personas ex adictas, conformó la primera generación de operadores socioterapéuticos del país [19]. «Muchos de estos recursos capacitados en el modelo de comunidad terapéutica “a la italiana” crearían [en Argentina] programas de estas características tanto en el ámbito gubernamental como en el no gubernamental» [28, p.61].

En otro orden de cosas, la experiencia que introdujo dicho proyecto de capacitación y la posterior proliferación de instituciones dedicadas a la temática, constituyeron un incentivo para la organización de nuevos cursos de operadores socioterapéuticos. De esta manera, el trabajo en comunidades terapéuticas se convirtió en una salida laboral atractiva para muchas personas *adictas recuperadas* [19].

Hacia mediados de la década de 1980, surgieron otras organizaciones no estatales pioneras en el tratamiento de adicciones en Argentina. Mientras que algunas de ellas tuvieron, al igual que el Programa Andrés en sus orígenes, orientación religiosa, otras, como *A.C.I.A.R.-El Reparo* y *Gradiva* han trabajado desde un enfoque laico. Otra institución que desempeñó un papel central durante este período fue la Fundación Convivir, fundada en 1985.

En síntesis, durante este período se produjo un aumento de las respuestas preventivas y asistenciales para los consumos de drogas. Este aumento no sólo debe pensarse como una consecuencia de los mayores niveles de consumo, sino también como la mayor visibilización de éstos, a partir del restablecimiento de la democracia y la ampliación de las libertades civiles.

Etapas 3. Crisis del abstencionismo como única respuesta posible (1989-2007)

Los resultados que la política mundial de prohibición de drogas arroja, con relación al número de los usuarios de drogas y al aumento del consumo, siguen siendo desalentadores. Esto evidencia el fracaso de la «cruzada contra las drogas».

En el plano nacional, el gobierno de Carlos Menem (1989-1999) disolvió la CONCONAD

y creó la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de Presidencia de la Nación. La creación de la Secretaría supuso la unificación en una sola institución de las funciones destinadas tanto a la reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento y capacitación), como al control de la oferta (combate al narcotráfico y al lavado de dinero y registro de precursores químicos). En 1991, mediante el Decreto 649 se estableció la estructura organizativa de la SEDRONAR y se conformaron dos subsecretarías: de Planeamiento, Control y Legislación, y de Prevención y Asistencia.

Para reducir la demanda de drogas, desde su creación la Secretaría diseña, ejecuta y supervisa programas y planes de carácter nacional, referidos a la prevención y a la capacitación de agentes de la comunidad en la temática del uso indebido de sustancias ilegalizadas y alcohol, y sus consecuencias. Su alcance se extiende a todo el país, con el consenso y la cooperación de organismos gubernamentales y no gubernamentales. En cuanto a la asistencia, procura facilitar la rehabilitación de personas que abusan o dependen de drogas.

La posibilidad de desarrollar un tratamiento compulsivo, en reemplazo de la condena, que introdujo la Ley 23.737,¹⁰ produjo una demanda considerable que fue absorbida, mayoritariamente, por organizaciones de la sociedad civil y, en menor medida, por clínicas privadas. La cantidad de instituciones aumentó considerablemente, ya que el financiamiento estatal de los tratamientos, a través del mencionado régimen de becas otorgadas por la SEDRONAR, constituía una importante y atractiva fuente de ingresos [9].

El marcado crecimiento de la oferta institucional en materia de drogas se explica también por el estímulo para la apertura de un centro asistencial que, además del régimen de becas, supone el programa de subsidios que implementa la SEDRONAR [13, 28]. Este programa está destinado a «(...) brindar ayuda técnica y financiera a las iniciativas y esfuerzos conducentes a desarrollar ámbitos

¹⁰ Boletín Oficial 11/10/1989, Ley 23.737, Buenos Aires, Argentina.

de prevención y tratamiento en diferentes puntos del país (...)» [18, p.132].

Otro factor que explica el crecimiento de la oferta institucional es la obligación de las obras sociales de prestar tratamientos «médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes», impuesta con la sanción de la Ley 24.455¹¹ en 1995. Esta obligación se extendió al año siguiente, con la sanción de la Ley 24.754,¹² a las empresas o entidades que prestan servicios de medicina prepaga. En 1997 se aprobó el *Programa Básico para el Tratamiento de la Drogadicción* que tenían que cumplir todas las obras sociales y las entidades de medicina privada.

En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, en 1993, durante el mandato del gobernador Eduardo Alberto Duhalde, se creó la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. La Secretaría desarrolló una política preventiva inespecífica y específica a través del Programa Provincial «10.000 Líderes para el Cambio».

A mediados de la década de 1990 comenzó a percibirse que el VIH/sida y la hepatitis C tenían entre sus principales vías de transmisión el uso inyectable de drogas. Para 1998, el 41% de las personas con VIH-sida en Argentina habían contraído el virus por dicha vía. Esta situación contribuyó a reforzar el estereotipo de las y los usuarios de drogas como personas autodestructivas, percepción que se agravaba por la creencia de que también eran «culpables» por diseminar la epidemia del VIH-sida [3].

Como parte de la respuesta a esta problemática surgen los programas de reducción de daños. Estos parten del reconocimiento de que el uso de drogas ha persistido en el mundo a pesar de los esfuerzos para evitarlo; por esto proponen recomendaciones para que este uso sea lo menos perjudicial posible. La dificultad para llevar a cabo prácticas que opten por la reducción de daños es que son incompatibles con el artículo 28 de la Ley 23.737, que penaliza a quienes impartan ins-

trucciones públicamente acerca del uso de drogas ilícitas.

En julio de 2000, la SEDRONAR dictó la Resolución 351,¹³ basada en la Resolución 44/3 (2000) de la Asamblea de Naciones Unidas que, entre otros requerimientos, solicitaba a los estados miembros que «conciaban estrategias y amplíen el acceso y la disponibilidad de servicios destinados a los toxicómanos que no estén integrados o atendidos en los servicios y programas existentes, que se encuentren expuestos a un alto riesgo de grave daño a su salud, a enfermedades infecciosas relacionadas con drogas e incluso a accidentes fatales».

Los programas basados en la reducción de daños fueron incrementándose durante este período y contaron exclusivamente con financiamiento internacional. Se establecieron como una respuesta contrapuesta al modelo abstencionista que contaba con el financiamiento del Estado nacional a través de la SEDRONAR. Como resultado de esta etapa queda planteada la disputa entre ambas lógicas y la búsqueda de cada una de ellas por conseguir constituirse como la respuesta válida y eficiente en el modo de concebir y atender a los consumos de drogas.

En 2003 se produjo un hecho histórico en el reconocimiento estatal de la reducción de daños como estrategia socioterapéutica para abordar los consumos de drogas. El ministro de Salud de la Nación del gobierno del presidente Eduardo Duhalde (2002-2003), Ginés González García, lanzó el proyecto regional de «Prevención de Drogas y del SIDA en Países del Cono Sur», con el auspicio del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), que entregó jeringas y preservativos en el área metropolitana de Buenos Aires a usuarios de drogas. El proyecto fue financiado por ONUSIDA y ejecutado por la *Asociación Civil Intercambios* con apoyo del Ministerio de Salud y de los municipios. Esta resolución representó un cambio radical para la implementación de programas de reducción de daños. Otro importante apoyo a este tipo de intervenciones provino

¹¹ Boletín Oficial 08/03/1995, Ley 24.455, Buenos Aires, Argentina.

¹² Boletín Oficial 02/01/1997, Ley 24.754, Buenos Aires, Argentina.

¹³ Resolución 351/2000 de la SEDRONAR.

del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el Sida, que subvencionó una serie de proyectos desde 2002 a 2008, tendientes a fortalecer las instituciones que trabajaban en el país con el paradigma de reducción de daños.

Esta tercera etapa dejó como saldo en Argentina una divisoria de aguas frente al tratamiento de los consumos de drogas. Por un lado, aquellas respuestas individuales específicas en la temática. Por otro lado, aquellas que parten de un abordaje en salud basado en los derechos humanos, que sostiene que la vulneración de éstos genera mayores padecimientos, malestares y enfermedades. Estas iniciativas brindaron el marco de posibilidad para el surgimiento de las respuestas que abordaremos en la cuarta y última etapa de la periodización.

Etapas 4. Nuevas respuestas: la inclusión social como eje de los tratamientos (desde 2008)

Desde los primeros años del siglo XXI, ante el reconocimiento de que la guerra contra las drogas no produjo los resultados esperados, se han comenzado a elaborar respuestas alternativas a la problemática, a través de políticas centradas en la promoción de los derechos humanos y la salud pública [12, 17]. Expertos de la región consideran que la guerra contra las drogas no sólo fue ineficiente, sino también contraproducente. En otras palabras, no solo no resolvió el problema, sino que generó conflictos nuevos y más graves: aumento en el número de usuarios y en los niveles de consumo, situaciones de violencia, tabúes respecto de las sustancias y estigmatización de las y los usuarios.

En 2008 fue creado, a través de la Resolución 433 del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos,¹⁴ el Comité Científico Asesor en Materia de Control de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, Sustancias Psicotrópicas y Criminalidad Compleja sobre los Usuarios de Drogas y las Políticas para su Abordaje. El Comité tuvo como finalidad elaborar e intervenir en los anteproyectos de actualización legislativa en la materia [29]. En uno de sus documentos, afirma que en Argentina «nunca se han consumido más drogas y por sectores más amplios que en la

actualidad, lo que demuestra el fracaso de la política criminal adoptada». En 2009 se explicó ante la ONU que Argentina propiciaría un cambio en materia de drogas, pasando de una política basada exclusivamente en el prohibicionismo hacia abordajes de políticas de reducción de daños. El Comité Científico Asesor marcó una diferencia radical respecto de la manera en que se venía entendiendo la problemática. Sus principales lineamientos apuntaron a desincriminar la tenencia de drogas para consumo personal y concebir al consumidor como sujeto de derechos. Para ello, entendían que el sistema penal por sí mismo no podía dar respuesta al consumo problemático de drogas, sino que debía buscarse un abordaje integral en donde se contemplaran las áreas de salud, desarrollo social, trabajo, derechos humanos y justicia. Para comprender los debates de dichos años, resulta fundamental definir y discriminar tres conceptos fundamentales que, en ocasiones, son empleados como sinónimos: *despenalización*, *descriminalización* y *legalización*. La *despenalización* es entendida como el acto de disminuir la pena de un ilícito sin descriminalizarlo. En otras palabras, la prohibición legal del uso y la tenencia de drogas sigue vigente en el derecho penal pero el ilícito deja de ser sancionado con la privación de libertad [4]. Según la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (CLDD) [5], el problema que presenta la *despenalización* del consumo, manteniendo su criminalización, es que le sigue otorgando a la autoridad policial un alto poder discrecional. A diferencia de las anteriores, la *legalización* es la transformación en legal de una actividad que fue previamente prohibida.

El comité asesor redactó una serie de documentos con un crítico diagnóstico de la situación. Entre las problemáticas que observaron se destacan: la inexistencia de políticas públicas asociadas al aumento de los recursos en salud para tratamientos, la rehabilitación o la reducción de daños; insuficiencias en las coberturas de obras sociales y empresas de medicina prepaga y en los subsidios otorgados a particulares; ausencia de regulación de las prestaciones de modo tal de evitar internaciones innecesarias y/o prolongadas y que en algunas ocasiones suponen violaciones a los derechos humanos; falta de control de calidad de los tratamientos; y frecuente rechazo a

¹⁴ Boletín Oficial 11/03/2008, Resolución 433/08, Buenos Aires, Argentina.

las y los usuarios en situaciones complejas que buscan asistencia. Por todo lo expuesto, el comité recomendó realizar una reforma de la legislación penal. Sugirió que la mayor inversión por parte del Estado debía enfocarse en el sistema de salud para favorecer el acceso de las personas que necesitan tratamiento sin que interfiera el sistema penal [29].

Según un documento de la CLDD, el gobierno argentino prometía elaborar

(...) en breve un proyecto de ley para descriminalizar el consumo de drogas. El ministro de Justicia [Seguridad y Derechos Humanos], Aníbal Fernández, declaró que el gobierno busca «una norma moderna, inteligente y que conceda responsabilidades al Poder Judicial para resolver la problemática, a medida que se vaya presentando». La presidenta argentina Cristina Fernández de Kirchner criticó recientemente aquellos que «condenan al adicto sin entender el problema personal y social» e insistió que «deben ser punidos los que venden narcóticos, no los que consumen» [5, p.37].

En 2009 el Estado Nacional creó, a través de la ley 26.586,¹⁵ el Programa Nacional de Educación para la Prevención y el Consumo Indebido de Drogas en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación. El objetivo del programa es diseñar políticas, estrategias y líneas de acción para orientar las prácticas educativas hacia la prevención específica e inespecífica del consumo problemático de drogas legales e ilegalizadas, en todas las modalidades y niveles del sistema educativo nacional. En el mismo año, se conformó la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en Materia de Prevención y Control del Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción.¹⁶

La sanción, en 2010, de la nueva Ley Nacional de Salud Mental (n° 26.657) marcó un hito en la normativa en tanto las personas usuarias de drogas comenzaron a ser concebidas como sujetos de derecho. Al mismo tiempo, empezó a reconocerse el principio de autonomía, voluntariedad y respeto de su

identidad en los tratamientos [6]. En el artículo 4, la Ley expresa que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. El Decreto Reglamentario enuncia que los dispositivos terapéuticos que incluyan alojamiento no deberán ser utilizados para personas con problemática exclusiva de vivienda.¹⁷ Asimismo, sostiene que se incluirán dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños. En sintonía con los postulados de la nueva Ley Nacional de Salud Mental, en 2010 se creó, a través del decreto 457,¹⁸ la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

El nombramiento de Rafael Bielsa, en 2011, como secretario de la SEDRONAR y la sanción, en 2014, del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos de Drogas¹⁹ supusieron la introducción, tanto en la Secretaría como en la normativa, de una retórica y una impronta comunitaria y de inclusión social. La Ley impuso al Estado un gran número de obligaciones dentro de la estrategia terapéutica de la reducción de daños (que ya contemplaba la Ley Nacional de Salud Mental). Esta estrategia se encontraba en clara contraposición con la lógica abstencionista de la Ley 23.737. La Ley 26.934 insta, en su artículo 5, a la construcción de Centros Comunitarios de Prevención de Consumos Problemáticos distribuidos en el territorio nacional, tomando como puntos prioritarios los de mayor vulnerabilidad social. Su objetivo será promover en la población instancias de desarrollo personal y comunitario, enfatizando las acciones en aquellos sectores con mayores niveles de vulnerabilidad.

Desde la óptica de Leonardo Ghioldi, la Ley

(...) sobreexige al Estado con la previsión de cobertura y protección para la cual no parece estar en posición de cumplir, toda vez que al día de hoy no se han establecido los centros de atención zonales en horarios nocturnos ni se

¹⁵ Boletín Oficial 30/12/2009, Ley 26.586, Buenos Aires, Argentina.

¹⁶ Boletín Oficial 02/10/2009, Decreto 1.359/09, Buenos Aires, Argentina.

¹⁷ Boletín Oficial 28/05/2013, Decreto 603/13, Buenos Aires, Argentina.

¹⁸ Boletín Oficial 07/04/2010, Decreto 457/10, Buenos Aires, Argentina.

¹⁹ Boletín Oficial 29/05/2014, Ley 26.934, Buenos Aires, Argentina.

han implementado las becas educativas ni los programas de inclusión laboral [14, p.446].

Con el objeto de adecuar su funcionamiento a los «paradigmas actuales en salud mental», en 2012 el Poder Ejecutivo Nacional intervino el CE.NA.RE.SO y reemplazó a sus autoridades. Su nombre fue reemplazado por el de *Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones «Licenciada Laura Bonaparte»* (Resolución 1809 del Ministerio de Salud de la Nación).²⁰ El cambio de nombre había sido aprobado por la Cámara de Diputados, pero aún faltaba su consideración en el Senado de la Nación. En enero de 2016, Jorge Lemus, ministro de Salud del gobierno de Mauricio Macri, ordenó restituir la denominación original de la institución. Finalmente, en agosto de ese mismo año se sancionó definitivamente la nueva denominación.²¹ En la actualidad, funciona como un organismo descentralizado del Ministerio de Salud y es el único hospital público del país especializado en el abordaje de los consumos de drogas. Por su condición de hospital público y de las características del sistema sanitario argentino, desde su fundación la asistencia brindada por la institución fue gratuita.

En noviembre de 2013, es designado al frente de la SEDRONAR Juan Carlos Molina, un sacerdote con trayectoria en el abordaje de los consumos problemáticos de drogas en poblaciones vulnerabilizadas. Al año siguiente, el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2011/2011-2015) tomó la determinación de circunscribir la actividad de la SEDRONAR a las funciones de prevención, capacitación y asistencia de adicciones y quitar de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico (decreto 48/14).²² Éstas fueron reasignadas a la Secretaría de Seguridad dependiente del ministerio homónimo. A partir de ello, la SEDRONAR comenzó a implementar, desde 2013, iniciativas comunitarias que aún no han logrado la legitimidad social de las instituciones que registran mayor trayectoria en

el abordaje de la problemática. Las iniciativas en cuestión fueron los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CePLA), las Casas Educativas Terapéuticas (CET) y los Centros Integradores Comunitarios (CIC).

El nombramiento de Molina y la división de tareas entre la SEDRONAR y la Secretaría de Seguridad modificaron la forma de enmarcar el problema del consumo de drogas. Éste comenzó a visualizarse desde el paradigma de la inclusión social [6]. En este contexto, decisores políticos convocaron a referentes de organizaciones de la sociedad civil para que asistan en la implementación de políticas de drogas, justificando este llamado en la cercanía de sus organizaciones (particularmente, las religiosas) con las personas usuarias de drogas y su presencia en los barrios vulnerabilizados. La convocatoria derivó en el reconocimiento por parte de la SEDRONAR de una novedosa iniciativa del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (popularmente conocidos como «curas villeros»): los centros barriales del Hogar de Cristo. Los curas villeros conceptualizan el consumo abusivo de drogas (y en particular de pasta base/paco) como una problemática asociada a la exclusión social. En función de ello, consideran que el abordaje debe ser multidimensional y no restringirse al ámbito de los servicios de salud. A su vez, entienden que los dispositivos deben localizarse en cercanías de los lugares de residencia o consumo de los potenciales solicitantes de atención, para garantizar su accesibilidad. Finalmente, enmarcan la asistencia brindada en una lógica comunitaria. A modo de cierre, creemos que el reconocimiento por parte de SEDRONAR de los centros barriales como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario²³ y el financiamiento que ello trae aparejado constituyen factores ilustrativos de un nuevo (e incipiente) paradigma en las respuestas para la problemática del consumo de drogas: la inclusión social y el tratamiento comunitario.

Reflexiones finales

En Argentina, las normas que regulan la tenencia y el uso de drogas ilegalizadas resultan dispares e incluso contradictorias.

²⁰ Boletín Oficial 28/06/2013, Ratificación de la resolución 1.809/12 del Ministerio de Salud, Buenos Aires, Argentina.

²¹ Boletín Oficial 26/08/2016, Ley 27.267, Buenos Aires, Argentina.

²² Boletín Oficial 17/01/2014, Decreto 48/14, Buenos Aires, Argentina.

²³ Boletín Oficial 19/08/2014, Resolución 266/14, Buenos Aires, Argentina.

Como ha sido señalado por la Corte Suprema de Justicia de la Nación (fallo «Arriola»), la Ley de drogas vigente (23.737) entra en colisión con el artículo 19 de la Constitución Nacional según el cual «las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados».

En lo que puede definirse como una verdadera «esquizofrenia normativa» (no exclusiva del campo de las drogas), el marco legal vigente se extiende desde la mirada punitiva hasta el paradigma de la salud pública, la inclusión social y los derechos humanos. Mientras que la ley 23.737 contempla la posibilidad de someter compulsivamente a un tratamiento de rehabilitación a quien sea hallado con alguna/s sustancia/s ilícita/s para uso personal y sea física o psíquicamente dependiente, las leyes 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental) y 26.934 (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos) obligan a respetar la voluntad del «paciente». A su vez, ambas normativas buscan promover una variedad lo más amplia posible de respuestas terapéuticas. Esto supone una sobreexigencia al Estado sin que se hayan generado aún los dispositivos adecuados para dar respuesta a la demanda.

En otro orden de cosas, el análisis socio-histórico desarrollado a lo largo del trabajo nos permitió percibir que, con independencia de las etapas construidas en la periodización y los contextos específicos en relación a la problemática del uso de drogas, las estrategias implementadas tanto desde la sociedad civil como desde el Estado se han caracterizado por una relativa continuidad en sus lineamientos fundamentales. Los perfiles que asumen los abordajes terapéuticos no pueden comprenderse si no se incorporan en el análisis las características de los flujos de financiamiento internacional, tanto a organizaciones de la sociedad civil como a iniciativas o programas estatales.

A modo de cierre, a nuestro entender, desde 2008 se abre un nuevo período en lo que respecta a la forma de concebir los consumos de drogas. El énfasis en la inclusión social como eje de los tratamientos y la preocupación por paliar la vulnerabilidad social de los consumidores de drogas ilegalizadas (especialmente de pasta base/paco), ha dado lugar al surgimiento de nuevas respuestas socio-terapéuticas. A diferencia de la tendencia general registrada en las iniciativas precedentes, para estas nuevas respuestas la consideración de los patrones de uso de sustancias y del contexto en que se insertan los usuarios, resultan dimensiones insoslayables en la planificación y desarrollo de los tratamientos.

Referencias

1. Aureano G. La construction politique du toxicomane dans l' Argentine post-autoritaire. Un cas de citoyenneté a basse intensité (tesis). Montreal: Universidad de Montreal; 1998.
2. Camarotti AC. Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires [tesis de Doctorado]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2010.
3. Camarotti AC. Política sobre drogas en Argentina. Disputas e implicancias de los programas de supresión del uso y de reducción de daños. Madrid: Editorial Académica Española; 2011.
4. Cervini R. Los procesos de descriminalización. Montevideo: Editorial Universidad; 1995.
5. Gaviria C, Zedillo E, Cardoso F, Romero AM, Mockus A., García D, Krauze E, Santos E, Cardoso A, Marinho J, Vargas M, Naím M, Llerena P, Cohelo P, Ramírez S, Picado S, y Martínez T. Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigma [Internet]. Washington, D: Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia; 2009 [citado 18 mazo 2018]. Disponible en: <https://goo.gl/5GQM3M>.
6. Cunial S. El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. Rev Perspect Polít Públicas. 2015; 4(8):165-95.
7. De Ieso LC. Espiritualidad y "poder superior" en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica. En: AAVV. Estudios sobre Juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado. Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina -Editorial de la Universidad Nacional de Salta; 2012. p. 216-32.
8. Del Olmo R. Geopolítica de las drogas. Revista Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas. 1999; 2(1): 56-67.
9. Epele M. La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuad Antropol Soc. [internet] 2007 [citado 18 marzo 2018]; 25: 151-68. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n25/n25a08.pdf>
10. Fossi LB, Guareschi NMF. O modelo de tratamento

- das comunidades terapéuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos Estud Pesqui Psicol. [internet] 2015 [citado 18 marzo 2018]; 15(1): 94-115. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>
11. Fracasso L. Comunidad terapéutica: una abordagem psicossocial. Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social Educando e Transformando Através da Educação Física; 2008 Nov 3-4; Universidad Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
 12. Galante A, Pawlowicz MP, Rossi D, Goltzman P, Touzé G. Debates y dispositivos religiosos. Participación de los actores religiosos en las políticas públicas en materia de drogas. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población; 2016 Ago 3-5; Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
 13. Garbi SL. La administración de la palabra en las comunidades terapéuticas. En: Epele M, compiladora. Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia; 2013. p. 153-13.
 14. Ghioldi L. Lo legal, lo ilegal y lo legítimo en el uso y consumo de sustancias. Vertex. 2016; 27(130): 443-46.
 15. Grimson WR. Una contención alternativa. Comunidades terapéuticas. Encrucijadas. 2001; 8:56-63.
 16. Grippaldi E. Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. Culturas Psi. 2015; 4: 53-86.
 17. Kornblit AL, Camarotti AC, Di Leo PF. Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. Material de estudio del Curso "Prevención del consumo problemático de drogas". Buenos Aires: Ministerio de Educación-UNICEF-Instituto de Investigaciones Gino Germani-educ.ar; 2010.
 18. Lestelle A. Defendiendo el futuro. Buenos Aires: Aligraf S; 1994.
 19. Levin LG. Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. 2013; 5 (1):1-48.
 20. Mansilla JC. Claroscuros en la política pública nacional sobre el consumo de drogas. En: Wood E, compilador. Presente y futuro de las políticas públicas sobre drogas. Un libro para pensar, debatir y actuar ante los nuevos escenarios. Buenos Aires: Fundación Convivir; 2015. p. 66-73.
 21. Manzano V. Política, cultura y el "problema de las drogas" en la Argentina, 1960-1980s. Apuntes de Investigación del CECyP. 2014; 24: 51-78.
 22. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Cienc Saude Coletiva. 2003; 8 (1): 185-207.
 23. Morgenfeld L. Argentina y Estados Unidos, golpe a golpe (1966-1976). Revista SAAP. 2014; 8 (2): 521-554.
 24. Pascual Pastor F, editor. Historia del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2014.
 25. Pawlowicz MP, Galante A, Rossi D, Goltzman P, Touzé G. La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de argentina: "Líneas prioritarias de investigación en el área jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado"; 2010 Oct 13-15; Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina.
 26. Renoldi B. Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes (tesis). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 1998.
 27. Rodríguez AC. Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy. 2009; 37: 317-327.
 28. Touzé G. Evolución del "problema droga" en la Argentina. En: Touzé G, organizadora. Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas; 2006. p. 47-76.
 29. Vázquez A, Stolkiner A. Estigmatización y exclusión en salud. Transformaciones en los marcos de interpretación penal de la figura de tenencia de drogas para uso personal y su relación con la accesibilidad a servicios de salud. En: Anuario de Investigaciones 17. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; 2010. pp. 329-37.

Reproducción en nuestra tapa:



Carlos Rottgardt. *Crónicas del Dr. K. (XVIII)*, 2017 (Still de video-collage).

Agradecemos a Carlos Rottgardt, artista, docente e investigador (Universidad Nacional de las Artes, Universidad de Buenos Aires, UNA/UBA), la autorización otorgada para la reproducción del Still de *Crónicas del Dr. K.*

Datos de contacto

Carlos Rottgardt <jardin_rojo@yahoo.fr>
<http://collagesmecaniques.blogspot.com/>