



MÓDULO1

*De la prevención de la salud al abordaje
integral comunitario de los consumos
problemáticos de drogas.*

*Los antecedentes de los enfoques en salud para el
abordaje de los consumos problemáticos de drogas*

Sobre lxs autores:

- ***Dra. Ana Clara Camarotti:*** doctora de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales, Magíster de la Universidad de Buenos Aires en Políticas Sociales, Licenciada en Sociología de la UBA. Ha obtenido los títulos de Licenciada en Sociología y Magíster en Políticas Sociales en dicha casa de estudios. Es docente de la materia Psicología Social, UBA y es Coordinadora del Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA. Realiza tareas de investigación y es autora de varios artículos en torno a las temáticas de consumo de drogas, promoción de la salud y juventudes, entre otras.
- ***Dr. Roberto Canay:*** doctor (Suma Cum Laude) de la Universidad del Salvador en Psicología, Magíster de la Università degli studi di Cagliari (Italia) en Salud Mental Comunitaria. Es docente de Psicología Preventiva en la Maestría en Salud Mental de APdeBA (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires). Director del Observatorio de Políticas Sociales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ***Mg. María Cecilia Touris:*** doctoranda de la Universidad de Quilmes en Ciencias Sociales y Humanidades, Magíster en Ciencias Sociales y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Licenciada en Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Es docente de la materia Teoría y técnica de Grupos, UBA y Dinámica de Grupos, UNQ. Realiza tareas de investigación en UBA y UNQ y es autora de varios artículos sobre temas en torno a salud, consumo de drogas y juventudes entre otros.

Objetivos del módulo:

- Ubicar la aparición de las drogas como un problema al que fue necesario buscarle distintos abordajes.
- *Presentar los principales aportes de la prevención de la salud y sus diferentes concepciones*
- *Presentar los aportes de los programas de enfoque de riesgo y protección*
- *Analizar las nuevas perspectivas que permite la incorporación de la promoción de la salud, su desarrollo y cambios en el tiempo y sus debates y desafíos para pensar la salud en su integralidad.*
- *Establecer las diferencias en el abordaje de los problemas en salud comparando el modelo de prevención de la enfermedad y la promoción de la salud*
- *Describir las respuestas socio-sanitarias de bajo y alto umbral que se brinda a los consumos problemáticos de drogas.*
- *Presentar la perspectiva del abordaje comunitario basado en el concepto de salud integral*

INDICE

Introducción.

1. La aparición de las drogas como un problema
2. Los programas de prevención
 - 2.1 Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria
 - 2.2 Prevención universal, Selectiva e Indicada
3. Los programas de enfoque de riesgo y protección
4. Hacia una nueva concepción de salud: la promoción de la salud
5. Diferencias entre el modelo de prevención de enfermedad y promoción de la salud
6. Resumen de las respuestas socio-sanitarias brindadas a los consumos problemáticos de drogas.
7. Hacia la construcción del abordaje comunitario basado en la integralidad.

Introducción

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y celebrada en Alma Ata, Unión Soviética, en septiembre de 1978¹, se adoptó por primera vez una definición amplia de salud, que incluía factores biológicos, psicológicos y sociales² creando así el contexto para el establecimiento de la promoción de la salud como interés prioritario. Ya en esa oportunidad se reforzó la importancia de las prácticas de prevención y atención primaria, especialmente en lo que se refiere al nivel de la promoción de la salud, consagrada en la Declaración de Alma Ata (WHO, 1978).

Cuando se hace referencia a la promoción de la salud, ésta aparece ligada generalmente a la denominada “Carta de Ottawa”, surgida de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en 1986 en Ottawa, Canadá, y adoptada por 112 participantes procedentes de 38 países.

En dicho documento, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario³ (Carta de Ottawa, 1986)

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

En lo que respecta al problema de las drogas, además de complejo, polifacético y cambiante, es también transversal. Atraviesa territorios, afecta a todas las clases sociales y no tiene ideología política, y afecta no sólo a quien consume, sino a toda la sociedad. Por ello, para abordar este tema no existe un único camino. Tampoco una solución mágica ni, mucho menos, unívoca.

¹ DECLARACION DE ALMA-ATA

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=19004&Itemid=2518

² La constitución de la OMS de 1948 define la salud como que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

³ <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

El objetivo de este módulo entonces será presentar cuáles han sido los abordajes imperantes para dar respuesta a este problema. Presentar qué críticas podemos hacerles a los mismos y finalmente dejar sentadas las herramientas conceptuales que permitan hacer un abordaje comunitario a este problema que ha sido entendido históricamente como un problema de índole individual.

En este Módulo presentamos los principales aspectos y potencialidades de la promoción de la salud. Con dicho objetivo, en primer lugar, haremos una referencia a los sentidos de la prevención en salud pública. A continuación, plantearemos las nuevas perspectivas acerca de la salud como integral, lo que nos pondrá en el centro del debate sobre salud. Retomaremos diversos análisis y propuestas nacionales e internacionales, para identificar la importancia de considerar las perspectivas de la salud entendida como integral y finalmente expondremos los lineamientos más importantes en el camino hacia un sobre el abordaje comunitario.

1. La aparición de las drogas como un problema

Desde hace un siglo aproximadamente tanto desde la medicina como desde el derecho comienza a visualizarse el uso de drogas como una actividad “anti-social”. Algo que hasta ese momento no era concebido como problema social comenzó a serlo. El argumento sobre la peligrosidad y la amenaza hacia terceros que genera el consumo de drogas fue el más utilizado para justificar los tratamientos que recomendaban los especialistas para los adictos a las drogas.

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

En general, los estudios sobre los distintos usos de drogas coinciden en considerar una interacción constante entre tres elementos que forman parte del fenómeno y que son necesarios a la hora de realizar cualquier análisis: **sustancias, individuos y contexto**.

Teniendo en cuenta estos tres elementos, se define el uso de drogas como la utilización de sustancias con el propósito de aliviar una dolencia (por ejemplo usar medicamentos debidamente recetados por un facultativo) o de experimentar sensaciones placenteras (por ejemplo fumar o tomar alcohol de forma moderada en las comidas o fuera de ellas). Como se ve, el uso de drogas es medido y planificado y está en relación con normas consensuadas por la mayoría de las personas que integran una cultura determinada, que consumen en contextos específicos.

El **abuso de drogas**, en cambio, se refiere a su consumo con cierta periodización y en dosis importantes; por lo general este tipo de consumo es aceptado por grupos minoritarios en una sociedad. Entran en esta categoría por ejemplo los bebedores excesivos de alcohol que consumen en reuniones o durante los fines de semana.

Las adicciones se dan cuando las personas sienten que no pueden prescindir de una sustancia o de una actividad, que se consume o se realiza de forma continuada en el tiempo. Hablamos de adicciones a actividades y no sólo a sustancias porque el mismo patrón de conducta que se establece en relación con las drogas puede establecerse en relación con actividades como por ejemplo mirar televisión, interactuar con la computadora o jugar compulsivamente. Se habla entonces de dependencia física y/o

psicológica en el caso del consumo de sustancias y psicológica en el caso de actividades y de síndrome de abstinencia cuando se prescinde del consumo.

Este trabajo parte de la idea de que lo determinante no es el producto (la sustancia), sino la relación entre ese producto y el modo de vida en que se inscriben las drogas, ya que estas no existen como algo independiente de las variadas y diferenciadas formas de su uso. Por ello, es necesario hablar de diferentes modos de consumo, lo que comprende: frecuencias y cantidades, tipo de compromiso frente al consumo de drogas, significados que los grupos les otorgan a las drogas, rituales y sanciones organizados alrededor del consumo de las sustancias (Castel R, Coppel A, 1994).

Graciela Touzé sostiene que existen diferentes formas de vincularse con las drogas, y cualesquiera de ellas puede provocar daños a las personas si se constituyen en un **uso problemático**, definido como aquel que afecta negativamente, en forma ocasional o crónica, uno o más aspectos de la vida de una persona:

- a) su salud física o mental;
- b) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos);
- c) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); y
- d) sus relaciones con la ley (Touze, 2010).

A TENER EN CUENTA

Según Touzé en su texto Prevención del consumo problemático de drogas (2010) existen diferentes formas posibles de vincularse con las drogas. Cualquiera de ellas puede provocar daños a las personas, si se constituye en un uso problemático. Lo que es especialmente problemático del consumo es el hecho de haber perdido el control de sí mismo o el haber incurrido en prácticas de riesgo para sí mismo o para los demás bajo los efectos de una sustancia (por ejemplo conducir un vehículo después de haber tomado alcohol o haber consumido otra droga).

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

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

2. Los programas de prevención

A continuación analizamos socio-históricamente los diversos enfoques que se fueron desarrollando en la región: prevención, enfoque de riesgo y promoción de la salud.

Prevenir

El término "prevenir tiene significado de "preparar; llegar antes de; disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice" (Ferreira, 1986). Para Leavell & Clark, citado por Dina Czeresnia, Prevenir en salud "exige una acción anticipada, basada en el conocimiento de la historia natural a fin de hacer improbable la expansión posterior de la enfermedad". Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. La base del discurso preventivo es el conocimiento epidemiológico moderno; su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud. Los proyectos de prevención y de educación en salud se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos (Czeresnia, 2006).

2.1. Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria

Según la clásica definición de Gerald Caplan (1980), la prevención puede categorizarse en primaria, secundaria y terciaria, para referirse a interconexiones del sistema de salud y anteriores a la aparición de un daño o enfermedad, a la atención del mismo una vez que se ha instalado y a la recuperación a posteriori de su tratamiento. Desarrollos posteriores han complejizado el abordaje de esta temática introduciendo otros esquemas y desarrollos.

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

Prevención primaria

Evita la aparición del problema o reduce su incidencia, con la intervención de agentes de salud que trabajan en la comunidad. Puede ser específica o inespecífica:

Puede *ser específica*, si su acción está dirigida a evitar una enfermedad o un grupo de enfermedades en particular, como cuando se aplican inmunizaciones; o *inespecífica*, por ejemplo a través de orientar para el uso del tiempo libre o para el mejoramiento de la calidad de vida.

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

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

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

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

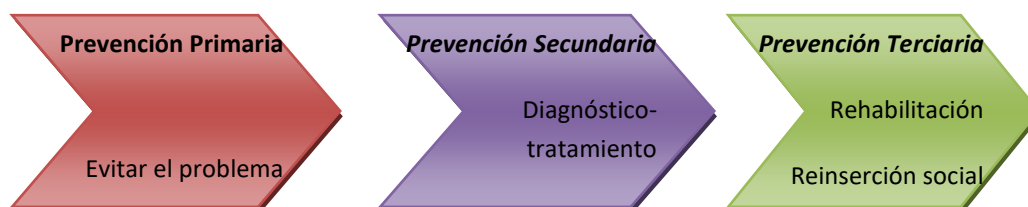
Prevención secundaria

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

Prevención terciaria

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

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



Críticas: Algunas críticas a este modelo, sostienen que sigue aún muy vinculado a una perspectiva biomédica, puesto que hace énfasis en los procesos patógenos, que sostiene una mirada sobre el problema que recae sobre el individuo responsabilizándolo por la situación y que circunscribe la promoción de la salud a un momento inicial. Por eso, impulsan la idea de que la promoción de la salud supone una perspectiva que amplía la posibilidad de intervención a lo largo de todos los procesos.

preventivos y los excede (Puyol A, 2014). Según Milanese, este abordaje médico, tiene sus límites y si bien ha favorecido la transición de la “asistencia” de tipo moral a una asistencia de tipo profesional, pero sigue haciendo hincapié en una mirada de índole individual y no comunitaria (Milanese, 2011).

2.2 Prevención universal, selectiva e indicada

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

Prevención universal

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

Prevención selectiva

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

A TENER EN CUENTA

Nos parece importante remarcar que, según los resultados de las investigaciones, la mayoría de los consumos juveniles en nuestra sociedad son experimentales, por curiosidad o por presión de los pares, lo que está evidenciando que la manera de abordarlo y anticiparlo es con un trabajo basado en la prevención primaria. En este sentido, es muy importante poder trabajar con las personas en proyectos que los hagan reflexionar en torno al consumo problemático de drogas, que les muestren los intereses que se ubican detrás de los mismos. Es decir, los proyectos elaborados por ellos y “acompañados” por docentes, profesionales de la salud, promotores y referentes comunitarios son la clave para que resulten creíbles y acordes a sus realidades. Asimismo, estos referentes deben tener conocimiento de los diferentes tipos de respuestas socio-sanitarias existentes en sus contextos para aquellos casos que necesitan llevar a cabo la prevención secundaria. Debemos tener en cuenta que ni todos los tratamientos son iguales ni todas las personas que llevan a cabo consumos de drogas problemáticos necesitan las mismas respuestas. Tener la información sobre la existencia de diferentes tratamientos y establecer un buen diagnóstico de cuál es la respuesta que se necesita puede evitar que la persona tenga que transitar por diferentes dispositivos de tratamientos recayendo en el consumo una y otra vez. En muchos casos las recaídas se deben más a la falta de adecuación del tratamiento que a la falta de voluntad de una persona en dejar de consumir drogas.

3. Los programas de enfoque de riesgo y protección

Otra dimensión a tener en cuenta en relación con la prevención es lo que se denomina el enfoque de riesgo. Desarrollado por los epidemiólogos y los médicos sanitaristas, este enfoque consiste en asociar ciertas vulnerabilidades de los grupos sociales con la noción de **factor de riesgo**, definido como una circunstancia que aumenta la probabilidad de que se produzca un daño o resultado no deseado, como una enfermedad o un hábito como la drogadicción. Los factores de riesgo están asociados con la posibilidad de desarrollo de una enfermedad, pero no son suficientes para provocarla. Por ejemplo, para el consumo problemático de drogas en los jóvenes son factores de riesgo los grupos familiares no continentales, la falta de posibilidades de inserción en el mercado laboral, el abandono escolar, etc.

La incorporación del concepto de **factores protectores** ha enriquecido la utilidad de este enfoque y, a diferencia del enfoque anterior, ha permitido no estigmatizar a las personas consumidoras, ya que se pone el énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención de posibles daños. Los factores protectores facilitan el logro o mantenimiento de la salud y pueden encontrarse en las personas mismas, en las características de los microambientes (familia, escuela, etc.) y/o en las instituciones más amplias de la comunidad (educación, trabajo, vivienda, etc.).

Se pueden distinguir factores de riesgo y protectores a nivel individual y a nivel de la comunidad:

Enfoque de riesgo y protección a nivel individual

Factores de riesgo:

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

comunitarios en materia de drogas y su abordaje integral

Factores protectores:

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

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

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

Enfoque de riesgo y protección a nivel de la comunidad

Factores de riesgo

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

Factores protectores

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

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

Críticas al enfoque de riesgo

El concepto de riesgo contribuyó a la elaboración de determinadas racionalidades, estrategias y subjetividades, siendo básico en la regulación y control de individuos, grupos sociales e instituciones (Lupton, 1999). El desarrollo de los estudios de riesgo estuvo vinculado a un proceso cultural constructor de un hombre individualista, que se enfrentó a la necesidad de lidiar con las fuerzas fragmentadoras de la naturaleza y de la sociedad por medio de la lógica del orden y de la protección, al paso que contribuyó poco en la madurez de las relaciones con lo ajeno mediante el fortalecimiento de su vitalidad y autonomía (Czeresnia, 1997).

Según Ayres este enfoque se mostró limitado y hasta perjudicial porque no identificó el riesgo como una medida de probabilidad, sino pasó a identificar “grupos de riesgo”. Como consecuencia, el “aislamiento sanitario” se mostró como la principal, y en algunos casos como única, propuesta de prevención. La categoría de riesgo acabó exacerbando prejuicios y discriminación tornando más difícil la situación social y clínica de las personas, en ese momento, principalmente a las afectadas por el VIH (Ayres, 2012).

4. Hacia una nueva concepción de salud: la promoción de la salud

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

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

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

Según Czeresnia, **Promover** tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986). Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que "no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales". Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial (Czeresnia, 2006).

Asimismo, la Declaración de Alma Ata inauguró una sucesión de propuestas para una Nueva Promoción de la Salud que fueron impulsadas por las subsiguientes Conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud – Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997; México 2000; Bangkok 2005. Estas conferencias abrieron debate sobre la necesidad de pensar una promoción de la salud que expandiera los alcances de las acciones originalmente asociadas al primer nivel de atención y propiciaron el desarrollo de conceptos y estrategias orientadas a la mejoría en las condiciones de salud de las poblaciones propiciando una mayor atención en el medio ambiente y los estilos de vida, alejándose de los conceptos y prácticas excesivamente centradas en la práctica hospitalaria y en los determinantes biológicos de la enfermedad. (Ayres, 2012)

Estas conferencias, que reunieron técnicos, administradores, políticos y activistas, fueron consolidando conceptos y estrategias orientadas para la mejoría de las condiciones de salud de las poblaciones en todo el mundo, especialmente entre los más pobres.

Siguiendo a Ayres es posible sistematizar el resultado de esas conferencias en siete principios guía de las políticas a ser desarrolladas por los países signatarios (Sicoli & Nascimento, 2007) en (Ayres, et al, 2012):

1) *Concepción de salud integral*. La salud es entendida como bienestar físico, mental, social y espiritual. No se refiere a grupos de riesgo, sino a la población como un todo; y no se refiere solamente a cuestiones médicas, sino a las necesidades relacionadas al bienestar diario de esas poblaciones.

2) *Intersectorialidad*. Para responder a las necesidades de salud en su concepción integral, es necesaria la articulación de diferentes sectores de la actividad social: acciones de legislación, tributación y control fiscal, educación, habitación, servicio social, cuidados primarios en salud, trabajo, alimentación, tiempo libre, agricultura, transporte, planeamiento urbano etc.

3) *Empoderamiento*. Se trata de la idea de que es preciso que los individuos tengan poder para transformar las diversas situaciones sociales que restringen o amenazan su salud; lo que remite a cuestiones como derechos de ciudadanía, apoyo jurídico, autoestima, soporte social etc.

4) *Participación social*. De modo articulado al empoderamiento, se espera que la definición de prioridades para la promoción de la salud y de los medios más adecuados para alcanzarlas sea fruto de discusiones y acciones colectivamente construidas. Lo que requiere la producción y circulación democrática de las informaciones, y el desarrollo de canales accesibles de participación política.

5) *Equidad*. Los objetivos y métodos para la buena salud no son universales, mas reclaman políticas asentadas en el reconocimiento de las desigualdades, para que se pueda alcanzar la justicia en términos de distribución de los recursos para la salud.

6) *Acciones multiestratégicas*. Se asume que saberes y acciones de naturaleza diversa deben contribuir para intervenir en los procesos de salud-enfermedad. Para la NPS, el elenco de las disciplinas a ser comprendidas y el papel de cada una de ellas no están dados a priori, sino que dependen de los procesos políticos en los que se busca construir, equitativamente, respuestas para las necesidades de salud.

7) *Sostenibilidad*. Por un lado, se refiere a la necesidad de que las políticas de promoción de salud estén sinérgicamente articuladas con el principio de desarrollo económico sostenible; esto es, un desarrollo productivo que no consuma de modo predatorio los recursos naturales y socioculturales de las poblaciones. Por otro lado, apunta al esfuerzo de captación duradera de recursos materiales y la construcción de legitimidad y gobernabilidad de esas propuestas, garantizando su continuidad y efectividad.

En pocas palabras, la promoción de la salud deja de ser entendida como uno de los momentos de la organización técnica de las acciones de prevención primaria y pasa a ser entendida como una propuesta política que atraviesa cada una de las fases y niveles de prevención definidos en el modelo de Niveles de prevención, buscando reconstruir sus bases y sus métodos. El sentido fundamental de esa reconstrucción puede ser resumido como: la politización y busca de intensificación del diálogo de los diversos saberes científicos y técnicos con los valores de individuos y comunidades en su vida cotidiana;

de forma a que estos aumenten progresivamente su control sobre los condicionantes de los procesos de salud-enfermedad, del cuidado de salud al que tienen acceso, y su calidad de vida (Ayres et al 2012).

Por ende, la promoción de la salud, que forma parte de una nueva concepción de la salud pública, plantea la necesidad de ir más allá del modelo bio-médico y considerar las influencias sociales y ambientales sobre la salud y la conducta vinculadas con ella.

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

A TENER EN CUENTA

La promoción de la salud se enmarca en tres modelos básicos (Kornblit y Mendes Diz, 2004): el informativo, en el que se brindan datos; el de empoderamiento¹, que alienta las capacidades de las personas para actuar sobre las circunstancias permitiéndoles identificar las posibles elecciones que pueden llevar adelante, y por último, el comunitario, que concibe la salud en base a los cambios comunitarios alcanzados a partir de la acción colectiva. Es fundamental tener en cuenta que para que las actividades de promoción y prevención sean exitosas, es importante trabajar con los tres modelos a la vez. Está decididamente comprobado que con el modelo informativo sólo no alcanza para que la gente adopte medidas de cuidado. Es indispensable para la modificación de las prácticas, las actitudes y las creencias, que los sujetos participen en el proceso de aprendizaje.

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

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

sobre salud de los documentos anteriores y se recuperan las dimensiones comunitarias, políticas y socioculturales que influyen sobre ella.

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

Como adelantamos, en la práctica se trabaja muchas veces desde la prevención⁴ y la promoción de manera conjunta pero debemos aclarar que existe una diferenciación entre ambos términos. La prevención tiene como objetivo final evitar la aparición y el desarrollo de enfermedades o condiciones nocivas para la salud en sentido amplio. Dado que este concepto se vincula con el de promoción de la salud incluimos un cuadro en el que se ponen de manifiesto sus principales diferencias.

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

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

Fuente: adaptado de Statchenko y Jenick (1990)

A pesar del cambio que plantea el nuevo paradigma de la promoción de la salud, en estos últimos años y, luego de una vasta cantidad de experiencias que trabajan desde esta perspectiva observamos que los

⁴ Hacemos acá referencia a la prevención en términos generales pero en sentido estricto estamos aludiendo a la prevención inespecífica y a la prevención primaria.

resultados no han sido del todo los esperados dado que se continúa trabajando sólo desde el enfoque informativo y se descuidan los otros dos enfoques: el del empoderamiento⁵ y el comunitario.

A nuestro entender, la escasa correspondencia que tienen muchas de dichas acciones con las problemáticas de salud que pretenden afrontar se debe, en buena medida, a la disociación entre práctica y teoría presente en las mismas. Lo que subyace en estos casos al modelo de promoción de la salud es la separación entre cuerpo y mente que se desprende de la concepción clásica del sujeto, lo que constituye un obstáculo para la consolidación del paradigma de promoción de la salud en torno a una concepción integral del sujeto. De este modo, estas acciones concretas deben estar acompañadas o requieren de un cambio en los modos en los que concebimos a los sujetos, a la salud, a la enfermedad y a lo comunitario.

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

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

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

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

Como argumentamos anteriormente, la complejidad que asume el consumo problemático de drogas y los múltiples contextos en donde se llevan a cabo los mismos exigen intervenciones diversas, que partan

⁵ *Para una lectura crítica del concepto de empoderamiento se recomienda leer el texto Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria de M. del C. Chapela Mendoza, 2007.*

de modos complementarios entre las diferentes respuestas que se brindan y que compartan la preocupación por lograr un sistema integral de atención que nucleee las diversas respuestas que se ofrecen.

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

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

Objetivos	c/abordaje comunitario	s/abordaje comunitario
Umbral bajo	Programas con estrategias motivacionales, mitigación de riesgos y consecuencias adversas del consumo de drogas	- Entrevista motivacional - Intervenciones breves. - Algunos abordajes psicoterapéuticos
Umbral alto	- Algunas comunidades terapéuticas - Tratamiento en programa de monitorización médica. - Narcóticos anónimos y Alcohólicos anónimos	- La mayoría de las comunidades terapéuticas - Algunos abordajes psicoterapéuticos - Hospital de día y de noche - Programas de desintoxicación

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

Estos programas pueden a veces constituir la puerta de entrada a otras respuestas socio-sanitarias, de umbral más alto que no les resultan accesibles en primera instancia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

como modelo médico hegemónico.⁶ En este sentido, el modelo basado en un abordaje comunitario busca profundizar el paradigma que se ha iniciado desde las ciencias sociales, la salud colectiva, la medicina social y la promoción de la salud integrando estas perspectivas de trabajo pero enfatizando el eje de trabajo en la dimensión comunitaria.

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

A diferencia del tratamiento comunitario que apunta a garantizar una mayor cobertura y adherencia a tratamientos por drogas de personas, familias y grupos en donde las respuestas institucionalizadas no dieron los resultados esperados, o no son adecuados, (Milanese, 2012), el modelo integral de abordaje comunitario, busca construir un espacio de vinculación, encuentro y empoderamiento para los grupos sociales –presenten o no una fuerte exclusión social– en donde sean ellos también los responsables de marcar el rumbo a seguir, ya sea motorizados por su propia iniciativa, o bien, sumándose al trabajo impulsado inicialmente a partir de un grupo de actores sociales (profesionales o no).⁷

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

⁶ El modelo médico hegemónico es un concepto propuesto por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez. Hace referencia al sistema asistencial organizado por la biomedicina. Se define como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica”. El modelo establece como principales parámetros para entender y actuar sobre la salud y la enfermedad, los siguientes: a) biologismo, ahistoricidad y asocialidad, es decir que reduce a los individuos a su dimensión física aislándola de toda condición social, histórica y espiritual; b) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, y de la salud como normalidad estadística; c) práctica curativa basada en la eliminación del síntoma; d) relación médico-paciente asimétrica, de subordinación social y técnica del paciente; e) la salud-enfermedad como mercancía y tendencia inductora al consumismo médico; f) medicalización de los problemas; y g) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos. En general, se trata de una concepción mecanicista del ser humano, que lleva, entre otras cosas, a la separación entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo, la sociedad y el universo; a la búsqueda de certidumbres y de verdades absolutas; a la creencia en la causalidad lineal como única forma de relación; y a la subvaloración de la subjetividad (Menéndez, 1990; 2009).

⁷ Personas con diversas formaciones y/o con experiencia en trabajo comunitario, que han logrado sistematizar experiencias y conocimientos, lo que les ofrece una mirada global del proceso. Esto lleva a que los nuevos grupos sociales que encaran este tipo de proceso, no incurran en prácticas que otras experiencias ya demostraron que no presentan resultados efectivos. De todos modos, no se debe ignorar que esto es un proceso y cómo tal se debe construir en la marcha.

de redes, estas redes definen un territorio (le dan forma dinámica y original a la dimensión de lo local⁸) y lo organizan (contribuyen en la construcción de su cultura y de sus productos). Las redes son por definición flexibles y abiertas, por ello, las comunidades también lo son.

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

El modelo integral de abordaje comunitario apunta a prevenir y a promover la salud, para ello, busca anticiparse a los problemas que el consumo puede ocasionar. Por este motivo su énfasis se ubica fundamentalmente en el enfoque de la prevención inespecífica, ampliándolo con los desarrollos de la promoción de la salud. Desde la Carta de Ottawa, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

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

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

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

1. El empoderamiento, definido como el mecanismo o proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas, a través del desarrollo de sus capacidades y recursos, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos (Montero, 2005; Chapela Mendoza, 2007).
2. La participación social, que según Muller (1979) permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones.
3. La asociatividad, definida como la densidad del tejido social, de las relaciones entre las personas y entre las agrupaciones y las organizaciones, lo que genera entre los miembros de una comunidad prácticas de cuidado relacional, de seguridad y de protección.
4. El sentido de comunidad, que se refiere al sentimiento de pertenencia de los miembros de una comunidad que sienten que son importantes para el grupo y los hace compartir una conexión emocional entre sí.

⁸ Lo local se refiere al mismo tiempo al componente geográfico/espacial y a la dimensión cultural y simbólica.

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

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

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

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

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

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

Cuadro 3: Modelos de abordaje de problemáticas sociales

Dimensiones	Modelo moralista-normativo	Modelo integral-comunitario
Concepción de salud	• Categoría cerrada: modelo médico hegemónico (Menéndez, 2005) orientado hacia la enfermedad • como problema individual	• Categoría abierta: crítica al modelo médico hegemónico • Condiciones y experiencias personales y comunitarias • Bien común – derechos de salud
Objetivos de las acciones con la comunidad	• Promover cambios en las personas mediante la intervención en sus entornos inmediatos, busca modificar pautas de comportamiento. • Intentar prevenir riesgos y/o daños.	• <i>Acentuar la influencia mutua entre los sujetos y sus ambientes y alentar la problematización de los factores macroestructurales y de la exclusión, evitando la naturalización de los problemas.</i>
Concepción de los sujetos	• <i>Beneficiarios/destinatarios pasivos de las intervenciones sociales.</i>	• <i>Sujetos de derecho participando activamente en todas las instancias de las acciones comunitarias.</i>
Marco operativo	• <i>Promotor de la salud como modelo de rol</i> • <i>Participación comunitaria: profesionales médicos participan en las instituciones dictando charlas o conferencias</i> • <i>Promover el fortalecimiento individual (autoestima, desarrollo de habilidades, resiliencia) lo que implica la búsqueda de salidas individuales a situaciones colectivas.</i>	• <i>Basa su trabajo en los cuatro aspectos que integran el modelo denominado de acción-competencia (Jensen; 1997).</i> • <i>Fortalecimiento individual y colectivo, teniendo en cuenta las relaciones de poder.</i> • <i>Formación de redes entre actores colectivos</i> • <i>Promover la conciencia crítica y el reconocimiento y ejercicio de los derechos.</i> • <i>Postular la participación como un derecho y considerar la toma de decisiones de modo compartido, redefiniendo el rol del equipo profesional en función del diálogo con la comunidad.</i> • <i>Alimentar el sentido de pertenencia de los sujetos a sus comunidades.</i>

Fuente: Kornblit et al., (2012).

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

- integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud

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

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

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

Por lo dicho, queda claro que el consumo de drogas es un hecho complejo que no se puede abordar aislado de los contextos sociales en los que se da, lo que lleva a requerir respuestas creativas y flexibles que contemplen una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en la que converjan tanto las perspectivas económicas, sociales, psicológicas, culturales y médicas de abordaje teórico y práctico, como las provenientes de experiencias y lecciones aprendidas.

Lo que acabamos de señalar constituye un modo de pensar los consumos de drogas poco instalado en la sociedad actual, por lo que no es tan usual encontrar explicaciones del abuso de drogas que tengan en cuenta estos aspectos. Se privilegian en él los significados que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y cuidado a partir de su pertenencia a determinados contextos socioculturales.

Así, desde una concepción integral y constructivista de la salud, se busca habilitar a los sujetos individuales y colectivos a participar activamente en su redefinición. A partir del proceso de desnaturalización y reconocimiento reflexivo de los determinantes socioestructurales y de sus influencias sobre las prácticas, los sujetos comienzan a desarrollar sus potencialidades para modificar ambas condiciones hacia horizontes de bienestar construidos y reformulados según sus propias experiencias.

Para finalizar, considerando los aportes teóricos fundamentales de este módulo abordaremos en el módulo 2 las características fundamentales del tratamiento comunitario ante situaciones de vulnerabilidad social.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y SUGERIDA

- Ayres, J. R. M. C.; França Júnior, I.; Junqueira Calazans, G. y Saletti Filho, H. C. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (org.), Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar.
- Camarotti, A. C. (2010). Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires. Tesis Doctoral de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales, Inédito.
- Camarotti AC, Kornblit AL. Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. Salud Colectiva. 2015;11(2):211-221.
- Caplan, G. (1980). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Dina Czeresnia y Carlos Machado de Freitas. Editorial: Lugar Editorial. I.S.B.N : 9508922524.
- Chapela Mendoza M. del C. (2007). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo Soto y E. Guinsberg (editores), Temas y desafíos en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar.
- CICAD (2009). Principios básicos del tratamiento y la rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio.
- Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre la prevención y promoción. En D. Czeresnia, C. Machado de Freitas (org.), Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar.
- Delor, F. y Hubert, M. (2000). Revisiting the concept of "vulnerability". Social Science & Medicine, 50, pp. 1557-1570.
- Di Leo, P. F. (2010). Tensiones en las experiencias escolares de jóvenes entre la lucha por el reconocimiento y la confianza instituyente. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 56 (3), pp. 183-191.
- Documento de la Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones (2010). Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención a las Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- El Abrojo, Instituto de Educación Popular (2007). El equilibrista. Tomo I. Montevideo: Frontera.
- FONGA (2010). Lineamientos para una comprensión integral del problema de las drogas. Educación, prevención y asistencia en adicciones desde la perspectiva de las organizaciones no gubernamentales. Buenos Aires, Argentina.

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

- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Buenos Aires: Lugar.
- Milanese, E. (2009). Tratamiento Comunitario de las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave – Manual de trabajo para el operador. México: Plaza y Valdés Editores.
- Milanese, E. (2012). Tratamento Comunitário. Manual de trabalho I. Conceitos e Práticas. Sao Paulo: Instituto Empodera.
- Montero, M. (2005) Introducción a la Psicología Comunitaria. Buenos Aires: Paidós.
- Moro, J. (2000). Problemas de agenda y problemas de investigación. En C. Escolar (ed.), Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales, Madrid: CIS.
- Muller F. (1979) Participación popular en programas de atención primaria sanitaria en América Latina. Colombia: Universidad de Antioquía.
- Paiva, V. (2006). Analizando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. En C. F. Cáceres, M. Pecheny, T. Frasca, G. Careaga (editores) Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina. Lima: FASPA/UPCH.
- Picchi, M. (1990). La prevención en la escuela. Madrid: Proyecto Hombre.
- Pinheiro, R.; Burg Ceccim, R. (2009). Experienciación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad. En R. Pinheiro; R. Burg Ceccim; L. Koifman; R. Araujo de Mattos (compiladores) Enseñar salud. La integralidad y el SUS en los cursos de nivel de grado en el área de la salud. Buenos Aires: Teseo.
- Puyol, A. (2014) ¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud. Revista Española de Salud Pública.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v88n5/03_colaboracion-especial2.pdf
- Restrepo, H.; Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Romaní, O. (1999). Las drogas. Sueños y razones, Barcelona: Ariel.
- Rootman Y. y Moser J. (1985). Normas para investigar los problemas relacionados con el alcohol y preparar soluciones adecuadas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Stachtchenko, S. y Jenick, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs. Canadian Journal of Public Health, 81, pp. 53–59.
- Torres, A. y Carvacho, H. (2008). "Mesa barrial en la población Yungay". En II Conferencia Internacional en Psicología Comunitaria. Lisboa, 4-6 de junio.
- Wald, G. (2009). Promoción de la salud a través del arte: estudio de caso de un taller de fotografía en "Ciudad Oculta", la villa Nº 15 de la Ciudad de Buenos Aires. En Salud colectiva, Vol.5, (3), pp. 345-362.

