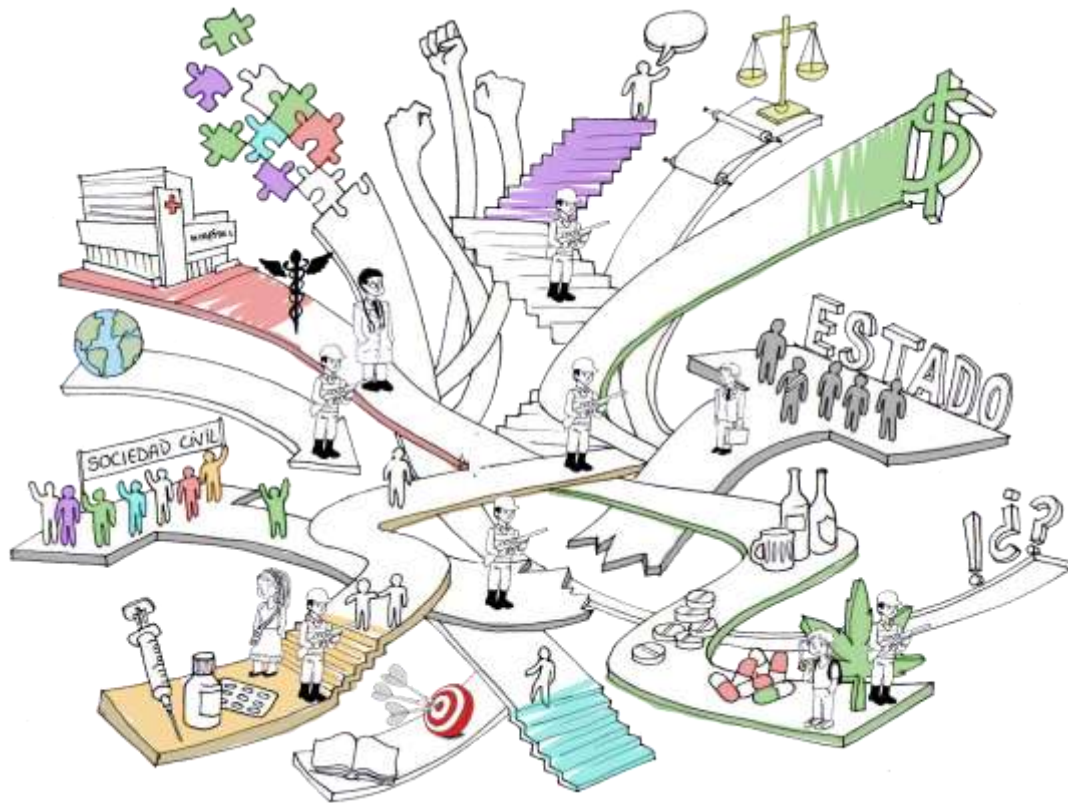


La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina¹



Susana Fergusson² y Andrés Góngora³

¹ Ponencia realizada para la Segunda Conferencia Anual del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Sobre Drogas –COPOLAD-. Junio 7 de 2012. Bruselas.

² Educadora Comunitaria. Asesora Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Caritas Alemana, y de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay.

³ Antropólogo. Investigador del Grupo de Antropología Médica Crítica, Universidad Nacional de Colombia y del Núcleo de Pesquisa em Cultura e Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Ilustración 1. Personas, contextos y drogas. Roberto Lizama

Redes y Organizaciones Citadas

- RAISS: Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social. Cuenta con tres sub-redes: RAISS Colombia, RAISS Brasil y RAISS Chile
<http://www.raiss.cl>; <http://www.raisscolombia.org>;
- RECOISS: Red Centroamericana que de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social.
<http://www.recoiss.net/inicio.php>
- REMOISS: Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social:
<http://www.paginasprodigy.com/cafac/remoiss/>
- RELETRAN: Red Latinoamericana - Europea de Trabajo Social Transnacional:
<http://reletran.org/?language=en>
- JND: Junta Nacional de Drogas del Uruguay: <http://www.infodrogas.gub.uy/>
- Lua Nova: www.luanova.org.br
- EFAD- Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordajes de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas. Chile: <http://www.facebook.com/pages/Fundacion-EFAD/174809249196538>
- CAFAC: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas. A.C: <http://caritas.laneta.apc.org>
- MJD: Ministerio de Justicia y del Derecho, República de Colombia. Observatorio de Drogas, MJD:
<http://www.minjusticia.gov>
- MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia: <http://www.minsalud.gov.co>
- Comunidad Cannábica Colombiana: http://www.facebook.com/note.php?note_id=132391793028
- Las Plantas no son como las Pintan:
<http://lasplantasnosoncomolaspintan.blogspot.com/?zx=2e74d30ad7ae1ea5>
- Centro de formación Pasos y Pastoral de Maras. El Salvador
- ONOUDC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: www.descentralizadrogas.gov.co
- Proyecto Regional de Tratamiento Comunitario de Las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión: Grave <http://www.caritas.org/esworldmap/europe/germany.html>
- Proyecto Savia CICAD/OEA:
http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/savia/default_spa.asp
- Corporación Viviendo: <http://corporacionviviendo.org>
- Fundación Procrear: <http://fundaprocrear.org>
- Corporación ConSentidos: <http://www.corpconsentidos.org>

Siglas

CBT: Tratamiento de Base Comunitaria (Community Based Treatment)

ECO2: Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria

Introducción

*“Hay personas que le temen a las utopías;
yo le temo más a la falta de utopías”.*
(Ilya Prigogine, 1994)

Esta ponencia busca aportar elementos para una reflexión crítica sobre el papel de las estrategias de base comunitaria desplegadas actualmente por actores estatales y no gubernamentales que intervienen los problemas relacionados con drogas en América Latina. Nuestro punto de partida es situado (Haraway, 1995), de tal manera que no pretendemos describir la totalidad de prácticas o modelos desarrollados en la región sino proporcionar, desde nuestra perspectiva, elementos para el debate y la construcción de acciones conjuntas que fortalezcan el trabajo realizado en el ámbito local por colectivos de activistas, equipos de intervención social, instituciones gubernamentales, organismos de cooperación internacional y en general, por las personas y grupos interesados en plantear nuevos escenarios y perspectivas ante el “fracaso” de las políticas prohibicionistas y represivas que intentaron regular infructuosamente el consumo de drogas en la región (CLDD, 2010). Una perspectiva situada es políticamente parcial, toma partido frente a los problemas de interés público, en este caso, ante el sufrimiento estructuralmente generado en personas y comunidades por las drogas, pero no necesariamente por el uso de las sustancias lícitas o ilícitas que producen efectos psicoactivos, sino por las relaciones sociales que las engendran y hacen que circulen, que las convierten en problemas de seguridad, en obstáculos para el desarrollo, en asuntos de salud pública y en un sector del mercado que se resiste a ser gobernado.

La mirada situada nos invita a dejar de pensar en “totalidades” y buscar profundidad, mostrar tensiones más que definiciones cerradas, visibilizar controversias y experiencias de trabajo concretas de los distintos actores que intervienen en la regulación de los efectos producidos por la interacción entre personas, contextos y drogas. Situarnos implica también -y necesariamente- excluir otras perspectivas, tal vez igual o más interesantes, pero de las cuales no podemos dar una apreciación objetiva. Proponemos entonces lanzar una reflexión sobre la praxis y al tiempo una provocación para que se den debates abiertos y francos sobre un tema de total vigencia y sobre el cual hay que fijar posiciones serias sobre los principios éticos, la pertinencia teórica, pero ante todo, sobre los efectos que tienen las prácticas de intervención y las políticas públicas en la vida de las comunidades locales que intentan apoyar.

Una de las grandes enseñanzas de la Investigación Acción Participativa de inspiración latinoamericana (Freire, 1970; Fals Borda, 2009) es que es importante parar. Levantar la cabeza y observar críticamente nuestro propio trabajo; por esta razón nos centraremos en nuestra experiencia y la de una serie de personas e instituciones aliadas con las cuáles compartimos visiones de mundo, puntos de vista, concepciones teóricas y metodologías⁴. Esto no implica que pertenezcamos a un colectivo homogéneo, pero sí que tenemos una historia compartida y es precisamente de esa historia, de sus vicisitudes y avances, de lo que hablaremos en las páginas siguientes.

Para cumplir con esta meta, que desde ya declaramos ambiciosa y parcialmente alcanzada, nos pareció primordial i) definir algunos conceptos que consideramos básicos para entender por qué creemos que el tratamiento basado en la comunidad es ante todo un asunto de "inclusión social"; ii) situar históricamente los principales enfoques desarrollados en América Latina en el campo de la intervención social y el trabajo comunitario, teniendo en cuenta que no se trata de una sucesión lineal sino de un espacio relacional en el que viejas y nuevas propuestas se encuentran; iii) presentar algunas premisas que han surgido del trabajo de investigación en la acción centrado en la perspectiva de redes y la reducción de daño; iv) profundizar en las nociones de acción y transformación social resaltando las problemáticas que se buscan intervenir, los instrumentos usados para tal fin y el rol del "estado", la "sociedad civil" y los agentes comunitarios, v) describir las tensiones (políticas, metodológicas y éticas) que hemos experimentando al intentar poner en marcha un dispositivo de tratamiento basado en la comunidad, destacando la manera en que redes, actores, agencias y escalas se

⁴ Para la construcción de esta ponencia llevamos a cabo un estudio exploratorio con un breve trabajo de campo de dos meses en el cual examinamos documentos técnicos y de política pública, recuperamos investigaciones, recopilamos información institucional y entrevistamos a varios compañeros y maestros responsables del diseño de abordajes comunitarios, principalmente el modelo ECO2, Epistemología, de la Complejidad Ética y Comunitaria (Machín, 2010, Machín, 2011) y del CBT, Tratamiento de Base Comunitaria (Milanese, Merlo y Laffay, 2001; Milanese, 2005; Milanese, 2010, Milanese, 2012), los cuales iremos describiendo a lo largo del texto. Quisimos también resaltar, aunque brevemente y entendiendo las limitaciones de esta presentación, los aportes de algunas organizaciones amigas como la Red Americana de Instituciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social –RAISS-; la Red Centroamericana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social –RECOISS-; la Red Mexicana de Organizaciones que Intervienen en Situaciones de Sufrimiento Social –REMOISS-, la Juntan Nacional de Drogas del Uruguay; los Ministerios de Salud y Protección Social y Justicia y del Derecho de Colombia; Caritas Alemana, UNODC, La Red Latinoamericana - Europea de Trabajo Social Transnacional -RELETRAN- y el Proyecto SAVIA CICAD/OEA. Para mayor información véase el listado de entrevistas, de redes e instituciones citadas y de las organizaciones que contribuyeron con fichas institucionales.

entrecruzan en este tipo de procesos; vi) enunciar brevemente la historia de la implementación de un modelo (el modelo ECO2) y de un enfoque terapéutico (el CBT), en varios países de América Latina, resaltando su evolución conceptual, así como los desdoblamientos y avances que han tenido al transitar por varios países y universos comunitarios de la región y finalmente, vii) plantear algunas consideraciones acerca de los desarrollos latinoamericanos en el tema de la reducción del consumo de drogas, el trabajo intersectorial y los retos de sostenibilidad del tratamiento basado en la comunidad.

Punto de Partida

Compartimos el punto de vista de redes de organizaciones de la “sociedad civil” y de algunas instituciones gubernamentales que desarrollan estrategias de “inclusión social” en varios países de América Latina, quienes entienden los “problemas de gobierno”⁵ asociados al consumo de drogas como asuntos relacionales o mejor, como el efecto de la interacción entre personas, contextos y “sustancias psicoactivas”. Esta perspectiva plantea tres premisas que competen directamente a los gobiernos y en especial al área de la salud pública: la primera, que es imposible pensar un mundo sin drogas y que en consecuencia los tratamientos no pueden tener como punto de partida la abstinencia del usuario; en segundo lugar, que el Estado y los servicios de salud deben proveer al usuario de los medios para que el consumo sea lo menos perjudicial posible, y en tercer lugar, que la reducción de las consecuencias nocivas del uso de drogas sólo es factible si se modifica el tipo de relaciones que componen las redes sociales del individuo (Góngora, 2012). En suma, proponemos pasar de una postura centrada en la “rehabilitación” del “adicto” a otra enfocada en la participación activa de instituciones, comunidades y ciudadanos para transformar la manera (codificada como un problema de seguridad, de fiscalización y de salud pública) en que las personas se relacionan con las drogas.

Antes de entrar en materia consideramos clave brindar una definición breve de los términos que a nuestro parecer y debido a sus múltiples usos y significados podrían llegar a causar confusión en quienes no estén familiarizados con el lenguaje del modelo ECO2 y del CBT. Evidentemente se trata de un ejercicio reduccionista pues las definiciones que proponemos a continuación no son de ningún modo cerradas, sin

⁵ La teoría de la gubernamentalidad muestra cómo el gobierno contemporáneo se basa en la racionalidad económica, en la gestión de poblaciones y en la producción de sujetos libres y autorregulados. Al respecto véase el trabajo clásico de Michel Foucault (2004) y los desarrollos posteriores de Rose y Miller (2008).

embargo, creemos que es fundamental dejar clara nuestra perspectiva teórica y señalar explícitamente nuestro lugar de enunciación.

El primer concepto obviamente es el de **comunidad**. Consideramos que la comunidad es un conjunto de redes sociales organizado en un territorio. La comunidad no es homogénea, ni tiene una "identidad". Planteamos abandonar la concepción romántica según la cual todos los miembros de una comunidad se identifican de la misma manera y mantienen relaciones fraternas. La comunidad no es un sistema en equilibrio, por el contrario lo que encontramos son conflictos y tensiones, relaciones utilitarias aunque también solidarias. La comunidad es el espacio de lo relacional, es el escenario donde nos encontramos con los otros, compartimos, apostamos, ganamos y perdemos. La comunidad es también "el lugar" de la participación, un mecanismo social y político y al mismo tiempo, el espacio en el cual se materializan políticas y se organizan colectivos. La comunidad, diría uno de los formuladores del CBT: "(...) es el basurero de los fracasos de las instituciones y una oportunidad para relaciones de ayuda duraderas e incluyentes" (Milanese, 2008: 15). En consecuencia con este abordaje el trabajo de base comunitario no puede ser algo impuesto, ni mucho menos una receta metodológica, por el contrario es, en todo sentido, una "forma de organización y de dar a la comunidad el poder sobre el estilo de vida que quiere tener" (entrevista a Dorothea Schreck, 2012).

Otra idea importante es la de **complejidad**. El pensamiento complejo siempre es situado, local, ubicado en un tiempo y en un momento (Morin, 1994), transita entre un eje vertical y objetivista, el del positivismo científico que aspira a verlo todo, y un eje horizontal, tolerante y relativista que no está en ningún sitio, mientras pretende igualmente estar en todas partes (Guattari, 1996; Haraway, 1995). Hablar de complejidad es hablar de diversidad, de incertidumbre, de imprecisión, de la necesidad de romper con el mecanicismo y sus planes circunscritos y previsibles. La complejidad es una manera de mirar que nos invita a afrontar nuevos retos y a descubrir nuestra ignorancia, puesto que el mundo aparece como una notable combinación de orden y desorden. La complejidad permite entender (y en ocasiones intervenir) fenómenos que, como dijo Prigogine (1994), se asemejan más a las nubes que a los relojes. La complejidad ayuda a superar las ideas de causa y efecto que han predominado en las intervenciones sociales diseñadas para gobernar la conexión entre personas, contextos y drogas, nos ayuda a entender la multidimensionalidad de esta relación y al tiempo, a pensar respuestas multisectoriales para modular sus efectos.

El tercer concepto que queremos traer a colación es el de **redes sociales**, fundamental desde el punto de vista teórico pero también empírico. Estas redes, como lo plantea Riles [2001], no son una reproducción a pequeña escala de la sociedad, ni son “el contexto”, pues más que una referencia geoespacial funcionan como un conjunto de prácticas informacionales, de metáforas matemáticas para entender los vínculos entre seres humanos y cosas. De manera que, el análisis de las redes sociales (Scott, 1991) nos proporciona una manera de mirar (o interpretar) la realidad compleja y a la vez nos señala rutas para recorrerla e intervenirla. Por eso este abordaje es tan interesante: las redes nos muestran "la foto" (o más bien representan un instante de la escena) y sugieren "camino": son una manera de aproximarse y recorrer los sistemas complejos. Ciertamente, cuando hablamos de redes planteamos cambiar el foco de las intervenciones comunitarias y pasar de individuos (y por ende de sustancias) a relaciones. Podríamos decir que las relaciones son el “color” de las redes y el elemento central del trabajo comunitario que acepta la incertidumbre de la complejidad.

Una definición sencilla y operativa de **vulnerabilidad** aparece en la Política de Reducción del Consumo de Drogas de Colombia: "no tener la capacidad de prever, responder, adaptarse y reponerse ante la presencia de un riesgo específico" (MPS, 2008). Esto quiere decir que la vulnerabilidad depende del tamaño de la amenaza y de la capacidad de respuesta individual pero también (y esto es clave), de las comunidades y las instituciones. Desde una perspectiva relacional, la vulnerabilidad no es solamente una situación experimentada por ciertos sujetos sino también por colectivos y contextos. Creemos que el problema de la vulnerabilidad no es un asunto individual, es decir, que las conductas de los sujetos se desarrollan en espacios determinados y bajo condiciones históricas concretas y que en el fondo la vulnerabilidad tiene que ver con condiciones estructurales (Entrevista a Mauricio Zorondo, 2012).

Pensar en clave de vulnerabilidad implica que las personas y colectividades afectadas han sido “excluidas” (de bienes y servicios informativos, de asistencia o de inclusión social) y por tanto carecen de recursos para enfrentar los efectos nocivos del consumo de drogas (MPS, 2008). Por otro lado, un abordaje relacional del problema no puede ignorar que hay elementos socioeconómicos como la existencia del mercado ilegal de drogas y culturales, como la asociación entre drogas, anormalidad y delincuencia, que aumentan la probabilidad de una conexión dañina entre estas sustancias y los seres humanos. En estas condiciones la **inclusión social** es una estrategia que busca crear

condiciones más equitativas a través de procesos de trabajo en red que articulen recursos institucionales y comunitarios con el fin de mejorar las condiciones de vida de personas y comunidades locales e incidir en la transformación de los significados culturales que estigmatizan a los usuarios de drogas. La inclusión social busca además conectar políticas sociales de diferentes sectores para fortalecer las políticas de drogas, orientándolas hacia una perspectiva de derechos.

El último término que a nuestro parecer amerita aclaración es la **reducción de daños**. La reducción del daño ha permitido superar la posición moralista y por medio de esto ha favorecido plantear la necesidad de política basada en los derechos e iniciar el tránsito de una posición de juicio y estigmatización hacia una perspectiva de inclusión. Desde nuestro punto de vista, la reducción de daños, es una estrategia que aspira a minimizar las secuelas del consumo de drogas sin exigir la abstinencia, hace parte de un dispositivo terapéutico más amplio cuyo objetivo final es la inclusión social. Esto tiene que ver con las características de los contextos en los cuales surgió el CBT: comunidades locales marginalizadas en ciudades latinoamericanas. En otras palabras, cuando las personas afectadas gravemente por el consumo de drogas son víctimas de exterminio por parte de actores armados, no tienen seguridad social, educación, ni servicios públicos básicos, la reducción de daño (aunque necesaria) se torna insuficiente como herramienta de intervención social.

Los conceptos esbozados nos plantean retos metodológicos, posturas éticas y políticas frente a nuestro papel como activistas, científicos sociales y en general, como personas comprometidas con el cambio de las políticas de drogas y de las aproximaciones simples que intentan reducir “el problema” a un asunto de eliminar la oferta y la demanda por medio de las funciones represivas del Estado. Esto para plantear que, desde el punto de vista de los actores heterogéneos con los que hemos venido incursionando en los últimos años en estas propuestas de abordajes comunitarios, aparecen ciertas “naciones comunes” (Malo, 2004), premisas que quisimos sintetizar en 13 ítems y que nos ayudan a expresar mejor la posición que hemos querido plantear en este “punto de partida” y a trazar propuestas para la acción:

1. Un mundo libre de drogas no es posible.
2. La guerra contra las drogas ha logrado mínimos efectos de contención y en cambio ha intensificado los efectos negativos del consumo.
3. La guerra contra las drogas se convirtió en guerra contra los consumidores y la criminalización del consumo ha producido estigma, discriminación, sufrimiento y ha aumentado el empobrecimiento de las poblaciones.
4. "La droga" como problema de gobierno requiere abordajes complejos que consideren la manera en que circula, adquiere significados y produce efectos diversos cuando viaja a través de redes y escalas.
5. La coyuntura actual es interesante porque las resistencias radicales ante el consumo de drogas han empezado a ceder. Estamos en un momento oportuno para innovar, para probar prácticas comunitarias que están sistematizadas, que producen resultados alentadores pero que no están reconocidas. También es un momento importante para construir y apoyar nuevas políticas públicas que le den legitimidad y sostenibilidad a estas maneras de pensar e intervenir.
6. El escenario ha cambiado. La visión centrada en el sujeto y la rehabilitación del adicto está virando hacia la inclusión social. Del delincuente pasamos al enfermo y del enfermo al ciudadano. Sin embargo esta postura, que parece más progresista, debe ser sometida a constantemente a escrutinio crítico.
7. La reducción del consumo de drogas se logra a través de la inclusión social. Hay varias experiencias que validan este planteamiento, pero esto sólo es posible si centramos la mirada en las relaciones y no en los individuos.
8. La regulación y la autorregulación son nuevas aproximaciones. Aparecen colectivos (como los cannábicos y los antiprohibicionistas) y personas que están trabajando bajo esta perspectiva. Este es un proceso en maduración que apunta hacia la consolidación de nuevos movimientos sociales en la región.
9. Las condiciones, la cantidad y la calidad del consumo son mucho más graves que el consumo en sí. Al modificar estas variables se transforman también los daños y los riesgos asociados.
10. Hay que construir con las comunidades y no para las comunidades. Este es un punto esencial: no se trata de "objetos" de intervención "carentes y vacíos", sino de colectividades con capacidad de agencia. No obstante, este potencial creativo puede ser formalizado, cooptado y instrumentalizado para que nada cambie.
11. Asistir no es lo mismo que participar.
12. Hay que promover el debate franco y abierto en todos los sectores, esto implica reflexionar sobre lo que estamos haciendo con una mirada crítica.
13. Existe una gran necesidad de producir evidencia, de complejizar y analizar críticamente la que hay y de generar datos fiables partiendo de la perspectiva compleja y usando las herramientas del análisis de redes sociales.

La acción comunitaria entre dilemas

La relación entre personas, contextos y drogas en América Latina pueden leerse desde distintos discursos, niveles, escalas, actores y posibilidades de intervención. Es un tema complejo, que podemos explorar, en principio, desde una perspectiva histórica. En este universo, la idea de “lo comunitario” está enmarcada e influenciada por las diversas corrientes de intervención social desarrollados en América Latina que proponen maneras diferentes de ver y trabajar los “problemas” sociales y que intentaremos sintetizar aquí siguiendo a Gutiérrez y Montenegro (2010) en cuatro grandes vertientes: i) el desarrollo comunitario que emergió de la mano de los discursos sobre el desarrollo después de la segunda guerra mundial con la misión de erradicar la pobreza (Escobar, 1998); ii) la teoría de la marginalidad o del “control social” heredera de la sociología estructural-funcionalista norteamericana de la primera mitad del siglo XX que pretendía integrar a los desadaptados dentro de sistemas en equilibrio; iii) la educación popular (Freire, 1970) y la Investigación Acción Participativa –IAP- (Fals Borda, 2009) orientaciones de cuño marxista surgidas en la década de 1970 que buscaban la emancipación de los oprimidos y resaltaban el papel transformador del conflicto y la historia y iv) los enfoques surgidos después de las reformas neoliberales de las décadas de 1980 y 1990 centrados en el aprovechamiento del capital social y los recursos comunitarios de los pobres (Álvarez, 2003).

Modelos de Intervención Social	Desarrollo comunitario	Teoría de la Marginalidad	Educación Popular	Reformas neoliberales
¿Cuál es el problema a transformar?	La pobreza	La marginalidad	La pobreza	La pobreza
Causas	No es solo un problema económico sino también social, cultural, etc.	Un mundo dual donde hay personas integradas y otras marginadas	Resultado de la injusticia y la mala distribución de recursos	Incapacidades de la gente para competir en el mercado y como resultado la desigualdad social

Personas afectadas	Los pobres caracterizados como negligentes, perezosos, relajados	Los marginales caracterizados como desviados, inadaptados, carentes, fuera del sistema incapaces de organizarse	Las poblaciones pobres y oprimidas que tienen sus propios saberes	Los pobres caracterizados como diversos, heterogéneos y creativos pueden encarar la subsistencia con apoyo de sus redes y procesos de autogestión
Objetivo	Progreso	Adaptación	Emancipación, liberación	Autonomía que compense su incapacidad de competir en el mercado. Se asegura la autosostenibilidad de las poblaciones y se disminuyen los costos de los programas sociales. "Retiro" del Estado.
Interventores	Los gobiernos, las estructuras internacionales	El Estado	Los interventores sociales y la misma gente	La sociedad civil

Cuadro 1. Modelos y actores de la intervención social en América Latina. Adaptado de: (Gutiérrez y Montenegro, 2010).

Cada uno de estos abordajes nos formula una forma de ver al sujeto y una manera de llevar a cabo las acciones para la transformación social. El "desarrollo comunitario" nos propone un sujeto "carente", al que es necesario "nutrir", darle lo que no tiene; el de "control social" nos habla de sujetos "desadaptados" que hay que reeducar para que puedan reincorporarse a la sociedad; en la educación popular, la IAP y en general en las perspectivas conflictivistas, se nos plantea un sujeto "alienado", al cual hay que proporcionarle las herramientas para su emancipación; y que es necesario unir el saber científico con el saber popular para desarrollar conciencia a través de la praxis. Por último los enfoques surgidos con las reformas neoliberales y el ajuste estructural llevado a cabo en los denominados países "subdesarrollados" nos plantea que los objetos de intervención social son ahora relaciones y colectividades y, por tanto, que las comunidades son ellas mismas sujetos productivos con capacidad de agenciar sus necesidades y desarrollar autonomía, con el grave problema del distanciamiento del Estado, la cooptación de la participación y la transformación de derechos en servicios.

Cada uno de estos abordajes tuvo sus desdoblamientos en temas específicos, como sucedió con el consumo de drogas. Todos nos proponen un sentido de "comunidad" de reunirse y trabajar "juntos" y "solidariamente". El "desarrollo comunitario" plantea comunidades de cuidado; el enfoque de control social está asociado a las "comunidades

terapéuticas” y a la idea de “reinserción” como el elemento para transformar al desadaptado y resolver su situación; la educación popular proyecta "comunidades de vida" dentro las cuales se engendrarían las causas populares, y el enfoque neoliberal nos propone comunidades "solidarias", un nuevo rótulo que implica acotar el trabajo y centrar los esfuerzos para el cambio en lo "local".

Siempre reconociendo que no es posible una explicación "total" y que la única objetividad posible es la perspectiva situada (Haraway, 1995), vamos ahora a comentar algunos aspectos relacionados con los abordajes comunitarios para reducir el consumo de droga y sus efectos, que fueron nombrados reiteradamente en los diálogos que mantuvimos con expertos y colegas que trabajan desde la perspectiva comunitaria en diferentes países latinoamericanos. Actualmente, además de que conviven (y compiten) los enfoques de intervención social antes mencionados (desarrollo comunitario, control social, educación popular e inclusión social), presenciamos un cambio en las ideas, una crisis en todos los sectores que intentan gobernar y entender "lo social" y un colapso del modelo económico neoliberal. Estas dinámicas sumadas al fracaso hemisférico de la guerra contra las drogas, han afectado la confianza en los modelos convencionales que sustentaban las políticas de reducción de la demanda de drogas. De igual manera, se ha cuestionado fuertemente la eficacia de estrategias de superación, prevención y tratamiento basadas en el prohibicionismo y la abstinencia.

Las posturas están cambiando (lo cual no quiere decir que hayan sido sustituidas sino que se encuentran en un campo relacional en el cual han perdido hegemonía), estamos aprendiendo, ajustando nuestros instrumentos, tratando de ampliar la mirada y encontrando otras maneras de hacer basadas en la evidencia y la praxis. Consideramos que, a grandes rasgos, tenemos en la actualidad tres nuevas perspectivas (heterogéneas en sí) que podemos denominar "comunitarias", para abordar el tema del consumo de drogas: (i) una enmarcada en la salud pública, en los modelos sanitarios de servicios, que ha sido permeada por la reducción de daño y que viene siendo implementada en varios países por medio de estrategias de **Atención Primaria en Salud**; (ii) la segunda perspectiva la comparten las instituciones públicas y no gubernamentales que gestionan modelos de **Inclusión Social** y (iii) un último abordaje, que no está enmarcado en un programa producido desde la técnica sino que se trata más bien de un movimiento social en consolidación, es el de la **Cultura de las Drogas**, liderado por colectivos antiprohibicionistas y académicos promotores de la llamada

"ciencia de las drogas" quienes buscan fortalecer y visibilizar otras maneras de entender el consumo de drogas que integran aspectos antropológicos, religiosos, filosóficos, históricos, cognitivos y económicos⁶. Ahora bien, todas estas aproximaciones tienen algo en común: la búsqueda del cambio. Todo el mundo está de acuerdo en que hay que modificar algo, ya sean políticas, relaciones, contextos, significados culturales o factores de vulnerabilidad y en que hay que construir escenarios para que esto sea posible. No obstante, en este paisaje complejo donde no tenemos certezas, ni creemos en totalidades, la acción comunitaria para promover el cambio (difusa, comprometida y disputada) se convierte en una acción entre dilemas, y serán precisamente esos dilemas (o más bien esas tensiones), nuestro objeto de reflexión en los siguientes párrafos. La intención es cruzar escalas, conflictos y actores desde una perspectiva situada (alimentada por una década de experimentación en comunidades locales de distintos países de la región) para proporcionar un panorama crítico y propositivo que nos ayude a pensar en escenarios posibles y en las acciones requeridas para mudar de dirección, para rotar de perspectiva y pensar con otros elementos la relación entre personas, contextos y drogas.

Tensiones Políticas

Hemos dicho que las relaciones son el foco y el elemento esencial del trabajo comunitario, por tanto la "calidad" de los vínculos entre los diversos agentes que intervienen el "problema" de la droga adquieren un lugar protagónico. Vínculos que plantean dejar de pensar que lo local es un sistema cerrado, autocontenido, y comenzar a entender que se trata más bien de un escenario de tensiones, disputas y efectos de agenciamientos individuales y colectivos de los más diversos matices. Dado que "las drogas" son un problema de gobierno y que los enfoques punitivos están virando paulatinamente hacia la salud pública, se han ido involucrando actores distintos o han ido cambiando las competencias de los antiguos, tal como ha ocurrido en varios países de la región con los sectores de educación, cultura y desarrollo. Sin embargo, las políticas de drogas de los estados permanecen desconectadas (o más aún han sido redactadas desde posiciones ideológicas distantes), los planes aparecen desarticulados,

⁶ Véase al respecto un trabajo interesante de investigación militante: Trinchera Ganja y Colectivo las Plantas no son Como las Pintan (2007). Sobre la "ciencia de las drogas" pueden consultarse los trabajos de Jonathan Ott (1995, 1998); Hoffmann y Schultes (1982) y Antonio Escobedo (1996) entre otros.

las acciones se duplican (por ejemplo muchas cosas que se hacen en educación como estrategias de comunicación y prevención son también hechas desde el área de la salud) y esta falta de diálogo es contraproducente en términos de inversión y eficacia. Los interventores de los programas aseguran sus "metas" pero los mensajes descompasados y contradictorios producidos por los propios Estados y por las organizaciones de la "sociedad civil" no producen las transformaciones pretendidas. Hay además una tensión permanente en la mayoría de los países de la región, entre las políticas de salud pública, de seguridad y de fiscalización.

Uruguay parece ser la excepción, las instituciones de ese país vienen cambiando el rumbo de las políticas de drogas hacia una mirada más comprensiva que busca pensar escenarios de regulación, mejorar el acceso a los servicios, crear dispositivos comunitarios en todos los niveles de atención (su postura es que este tipo de abordajes no debe ser sólo para los más pobres) y diseñar experiencias demostrativas principalmente en el trabajo con jóvenes ausentes del sistema escolar y laboral y con mujeres privadas de la libertad (Entrevista a Marta Suanes y a Esperanza Hernández). Es además el único país de la región cuyo Ministerio de Desarrollo Social viene implementando un Plan de Drogas que atraviesa todas sus Secretarías. La diferencia con los otros países de la región también tiene que ver con que estamos hablando de un país con una población proporcionalmente inferior a la de sus vecinos, pero también con que cuentan con instituciones fuertes y pocas barreras políticas y geográficas que hacen que el Estado pueda estar presente en todo el territorio.

Otro ejemplo valioso de intersectorialidad (aunque hay que aclarar que al interior del Estado permanecen posturas antagónicas) está dado por el trabajo hecho en Colombia en la implementación del Modelo de Inclusión Social (2007), liderado por el Ministerio de Salud con el apoyo de entes gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la red RAISSS Colombia (conjunto de actores que agencian los enfoques de reducción de daño y tratamiento basado en la comunidad). Este "Modelo", merced a un proceso de incidencia política y de trabajo en red de varios años (Góngora, 2012; Machín, 2012) hace hoy parte de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (MPS, 2007b). Un tercer proyecto que trabaja la intersectorialidad es RELETRAN, liderado por la Universidad Alisse Salomon de Berlín y financiado a través del programa ALFA UE que busca construir un currículo de formación para inclusión social y participación comunitaria con 12 universidades y 12

ONG de 9 países. Vale la pena resaltar este esfuerzo pues lograr una propuesta articulada es muy importante dado que las universidades han estado un poco al margen de los procesos comunitarios en el tema de drogas. Está también el proyecto SAVIA liderado por CICAD/OEA y apoyado por el gobierno español. Se trata de una iniciativa que viene desde hace varios años reuniendo actores de distintos niveles, haciendo que los países conozcan lo que tienen, apostándoles a permear las políticas públicas del hemisferio con el tema de drogas y procurando una cooperación inteligente enfocada en la sostenibilidad (Entrevista a Javier Sagredo, 2012). Estas experiencias son buenos ejemplos de lo que queremos decir cuando hablamos de intersectorialidad, no se trata únicamente de comités conformados por representantes del Estado y la sociedad civil, se trata de la puesta en marcha de acciones concretas, con presupuestos, con programas y proyectos evaluables que le apuesten a fortalecer la capacidad de respuesta institucional y comunitaria para enfrentar la exclusión social. La intersectorialidad es tal vez el elemento más importante para lograr construir políticas de drogas más humanas e integrativas, pero requiere voluntad política y organización.

Otro tema de tensiones y dilemas es el de las políticas de cooperación internacional y del papel de los organismos multilaterales involucrados en temas relacionados con drogas. Estos agentes son los que de alguna manera plantean los lineamientos, los valores, el quehacer en los países. Dichas políticas están todavía pensadas desde el discurso prohibicionista⁷ y en estrategias de erradicación de la oferta que se convierten en castigo a la pobreza, como ocurre con los campesinos pobres de los países andinos que participan en la siembra y recolección de hoja de coca para las redes de narcotráfico (Thoumi, 2002). Tal como ocurre con los Estados hay un divorcio entre oferta y demanda, o mejor, entre los discursos sobre la reducción de la oferta y la reducción de la demanda; los procesos de evaluación son débiles; hay poca coordinación entre cooperantes y en algunos casos se trabaja directamente en las comunidades sin lograr una buena coordinación con los gobiernos generando intervenciones frágiles poco sostenibles. Un ejemplo de esta situación, que es sin duda un fenómeno neocolonial, es la eterna historia del cooperante que se retira de algún país del “tercer mundo” porque considera que las organizaciones que apoya ya están “maduras” o porque un determinado conjunto de “problemas” ha dejado de ser una prioridad. Como

⁷ Véase por ejemplo las Convenciones de la ONU para el control de drogas de 1961, 1971 y 1988 y más recientemente la declaración de Viena de 2008 denominada significativamente: “un mundo sin drogas: podemos conseguirlo”.

consecuencia los proyectos locales se desvanecen por falta de financiación y las comunidades no perciben cambios significativos en su calidad de vida. Este punto es especialmente crítico y constituye una prueba más de que lo local es una configuración de fuerzas diversas de distintas escalas.

Este tipo de tensiones nos enfrentan directamente con el asunto de la sostenibilidad. Un tema difícil cuando los procesos comunitarios no hablan el lenguaje de la evaluación requerido para ganar legitimidad técnica y política y por que la asimetría entre los recursos destinados a reducir la oferta y la demanda es bastante seria. Sumado a esto, las lógicas de financiación de los proyectos contraponen coberturas a procesos, es decir, privilegian intervenciones sociales rápidas cuyos resultados son evaluados en términos del número de personas "impactadas". Esta clase de indicadores alimenta el asistencialismo, promueve la cooptación de la participación e impide "acompañar" a las comunidades, "estar ahí" para generar preguntas y estrategias genuinas y eficaces. El tema se agudiza cuando la estructura burocrática ha sido debilitada por la flexibilización laboral y los tiempos adversos de contratación hacen que los equipos roten y que los técnicos formados deserten. El efecto de estas tensiones que podemos denominar como "administrativas" va a ser siempre el mismo: generar desesperanza, sobreintervenir y usar a las comunidades locales.

Pensar en sostenibilidad es pensar también en las barreras de acreditación para el trabajo de los operadores "pares", agentes fundamentales en las intervenciones comunitarias⁸. Puesto que generalmente no tiene grados de educación formal, no es posible vincularlos debidamente a los proyectos pagándoles salarios dignos, lo cual significa que su trabajo casi siempre es "voluntario" y de "poco valor". Esto dificulta la participación sostenible y genuina de agentes comunitarios en las intervenciones sociales. En este sentido la red RAISSS (a través de sus centros de formación en México, Chile, Brasil y Colombia), RELETRAN y una iniciativa de formación desarrollada por el Ministerio de Salud de Colombia denominada CRIC (Plan de formación para

⁸ Los pares son generalmente ex-usuarios de drogas o líderes locales que se vinculan a los proyectos de base comunitaria. La puesta en práctica de estos dispositivos de intervención social comienza por la conformación de una red operativa (compuesta por técnicos y operadores pares y sus vínculos comunitarios); prosigue con la formalización de alianzas (es decir con el mapeo y articulación de redes de recursos comunitarios e institucionales); continúa con un diagnóstico participativo y finaliza con el desarrollo de servicios en red (MPS, 2007). En este proceso los pares constituyen el vínculo directo con las comunidades locales.

mejorar Capacidad de Respuesta Institucional y Comunitaria), son experiencias de capacitación que trabajan en la cualificación de equipos mixtos (compuestos por técnicos y pares) y en la generación de estrategias de formación con umbrales menos altos que mejoren los procesos de acreditación.

La corrupción es también un asunto que amerita examen si queremos entender desde varios lugares los problemas de sostenibilidad. Cuando trabajamos en comunidades locales donde hay presencia de microtráfico y de actores armados es difícil construir redes, mapas, diagnósticos, ubicar dónde están las personas y los lugares de riesgo, puesto que estas metodologías y procesos pueden constituirse en amenazas para los equipos que realizan las intervenciones. No hay que olvidar que la comunidad también está compuesta por personas y organizaciones (legales e ilegales, informales e institucionales) que se reciben beneficios del tráfico de drogas y que no tienen ningún interés en la circulación de las drogas se reduzca.

Una última cuestión que merece ser comentada en relación con el tema de la sostenibilidad es estratégica: ¿En dónde invertir? ¿Cómo generar procesos y no intervenciones sueltas? La inversión debe estar conectada con la producción de evidencia, saber en dónde y bajo qué circunstancias funciona tal o cual metodología, qué resulta, qué no, qué genera más daño. Se trata de conseguir profundidad en los análisis, observar críticamente los "macrodiagnósticos" regionales que muchas veces homogenizan o no responden a las dinámicas locales; preguntarnos si podríamos implementar procesos comunitarios eficaces aprovechando los recursos invertidos en tratamientos costosos y poco efectivos. Pero el dónde invertir también tiene que ver con el papel de las autoridades locales, vemos que cuando hay compromiso de estas instancias los procesos perviven y dan frutos, pero cuando sucede lo contrario, lo que encontramos son ONG trabajando aisladamente, compitiendo por recursos y debilitando la confianza de la comunidad.

Dilemas del tratamiento

El punto de partida para abordar esta tensión es que, desde nuestra perspectiva, el tratamiento es inclusión social y la inclusión social es tratamiento. La desconexión entre estas maneras de entender la relación entre personas y drogas es un problema que encontramos en la mayoría de los países de la región. Aunque los discursos están cambiando, no hemos logrado entender que tratamiento y abstinencia no son la misma

cosa y que lograr la aceptación de esta realidad es, en sí mismo, un importante ejercicio de incidencia política.

Hay además poca capacidad de respuesta para tratar adicciones graves, esto debe ser recalcado, pues cuando hablamos aquí de lo comunitario no estamos diciendo que en ciertos casos no se necesiten las intervenciones clínicas institucionalizadas, sino que los abordajes deben “dialogar” mientras sean éticos y estén enmarcados en los derechos humanos. En general, lo que encontramos es que la oferta de tratamiento es predominantemente informal y llevada a cabo por instituciones que no están acreditadas, pero que los gobiernos no se atreven a cerrar porque no cuentan con otro tipo de oferta. Con esto queremos acentuar que los abordajes comunitarios son heterogéneos, son mezcla y apropiación, efecto de la interacción entre las distintas corrientes de intervención social que describimos al comienzo de este apartado y que dieron origen a las más diversas perspectivas: desde los enfoques centrados en las relaciones y los sistemas de redes, pasando por los programas institucionales basados en el concepto de bienestar social, hasta las comunidades terapéuticas y teoterapéuticas inspiradas en la metodología de los “doce pasos” y las antiguas instituciones de beneficencia fundamentadas en valores caritativos y transformadas hoy en centros de rehabilitación. Esto genera un reto difícil de sortear, pues antes de proponer la acreditación de iniciativas comunitarias, debemos primero definir en qué estamos pensando cuando nos referimos a este tipo de “abordajes” y qué implicaciones tiene la idea de dialogar con “todos los actores”. Otra cuestión relacionada con este tema tiene que ver con los riesgos de formalizar lo informal y de paso convertir las respuestas espontáneas en metodologías prefabricadas. Aquí ya no habría autonomía puesto que el método abstraído del contexto impide la transformación (Malo, 2004) o como se dice coloquialmente, las cosas cambian para seguir igual. Lo anterior para decir que la idea de informalidad es polivalente y que los intentos por “domesticarla” puede acarrear efectos inesperados pues “informales” son tanto los “tratamientos” dañinos que aíslan sujetos y violan sus derechos humanos, como las experiencias de autoorganización que configuran sus propias prácticas de prevención y regulación.

A lo largo de estos años hemos entendido que sin autonomía económica lícita las probabilidades de recaída son muy elevadas y esto nos obligó a pensar que la inclusión socio-laboral es uno de los elementos fundamentales de un tratamiento basado en la comunidad. Lo que nos muestra la evidencia (MPS y UNODC, 2008; Milanese, 2005 y

2010) es que el trabajo es un asunto central si queremos hablar de la superación de problemas asociados al abuso y dependencia de drogas. Sin embargo la separación del universo social en “problemas” y “poblaciones” con profesionales específicos y expertos para tratarlos hace que los métodos predominantes están puestos en la clínica. Creemos que una de las maneras de modificar esta situación es incidir (por medio de procesos formativos y de la realización de acciones conjuntas) en los actores institucionales, mostrar por ejemplo, que la Inclusión Social no significa que el médico tenga que buscarle trabajo a su paciente, sino que el "paciente" es una persona con potencialidades y recursos con la cual es posible hacer tratamientos que van más allá de la orientación médica o psicológica.

Otro asunto relacionado con el tratamiento es que en general los servicios públicos son de baja calidad. La gente que no tiene dinero, no tiene acceso a programas calificados. En ese sentido la realidad de América Latina también es distinta a la de Europa: no existen en la región tratamientos con itinerarios de integración social fuertes, tal vez Chile sea la excepción pues ese país viene avanzando en un acompañamiento intersectorial y más o menos estricto, pero en el resto de los países parece ser que el tratamiento basado en la comunidad se adapta más a las condiciones económicas y a las necesidades de las personas que viven condiciones de exclusión social y extrema pobreza. En el Brasil tenemos ejemplos interesantes de procesos de inclusión social como tratamiento, este es el caso de la organización *Lua Nova* con sede en la ciudad de Sorocaba (SP), que trabaja con madres jóvenes de comunidades vulnerables en proyectos de generación de renta en los cuales la reducción de daño aparece como un efecto y no como el fin del tratamiento basado en la comunidad. En México, tenemos el proyecto piloto que dio origen al modelo ECO2, el Centro de Escucha⁹ La Carpa ubicado en el corazón del Distrito Federal. Allí comenzó a experimentarse un nuevo tipo de acciones de calle basadas en la articulación de recursos y en la idea de la abstinencia no es prerequisite del trabajo. En El Salvador está la experiencia de la Pastoral de Maras y el Centro de Formación Pasos centrada en la transformación de

⁹ “Los centros de escucha nacieron como un servicio abierto a toda la comunidad con la finalidad de dar atención por medio de escucha activa a demandas o peticiones de sus habitantes. Estos servicios fueron pensados como “drop in centers”... un servicio con el umbral más bajo posible” (Milanese, 2012: 222. Traducción libre). Con el tiempo estos “centros” han ido formalizándose en la medida de sus posibilidades y con diferencias notables en cada uno de las comunidades locales en las que se ha implementado el CBT: algunos son móviles, otros fijos, unos trabajan con equipos mixtos, otros con operadores pares, unos se dedican más a canalizar casos las redes de servicios sociales y de salud, mientras que otros cumplen funciones de abogacía y realizan seguimiento activo de casos.

“representaciones sociales” alrededor del pandillerismo y el cambio en las dinámicas comunitarias, bajo la premisa de que los daños individuales producidos por el uso de drogas se reducen interviniendo el contexto. En Uruguay, el proyecto de inclusión socio-laboral con jóvenes es otro programa interesante que apuesta a un tratamiento intersectorial con foco en la Inclusión y en Colombia tenemos el trabajo desarrollado por la Corporación Viviendo, la Fundación Procrear y la Corporación Consentidos, en el desarrollo de centros de escucha para el tratamiento de base comunitario con poblaciones habitantes de calle que se han convertido en un referente nacional.

No es posible pensar en tratamientos para reducir el consumo de drogas en contextos comunitarios si no es tenida en cuenta la tensión entre lo legal y lo ilegal. La teoría, tal como ocurre con la cuestión de la sostenibilidad, nos dice que es necesario trabajar con todos los actores de la comunidad local donde vamos a implementar una acción, sin embargo, cuando decimos "todos los actores" estamos hablando del "jíbaro" (como se llama en Colombia al expendedor de drogas), de los líderes de estructuras mafiosas y pandillas (Como ocurre en El Salvador), del consumidor, del policía, de los actores armados ilegales, etc. Eso hace que la intervención comunitaria afronte dificultades: por un lado, la seguridad de los equipos está en juego, por otro, la satanización que se ha hecho de la droga y la criminalización del consumo fortalecen lo ilegal gracias a la analogía entre peligro y ocultamiento. Ante este panorama la pregunta que nos tenemos que hacer es ¿Cómo construir seguridad y vínculos en contextos inseguros? La respuesta que hemos encontrado es que eso se consigue “estando ahí”, generando relaciones afectivas, de intercambio, de confianza y apoyo (con efecto terapéutico) que permiten construir seguridad en medio de la inseguridad no sólo para los equipos sino también para aquellos actores que se puedan sentir amenazados con una intervención de este tipo. Esto por supuesto nos plantea dilemas éticos, se trata de un tema por conversar y por entender pues nos lleva a preguntarnos si el "estar allí" implica neutralidad ante la injusticia y la violación de derechos humanos y si en verdad estamos en capacidad de contener las posibles respuestas violentas ante nuestras acciones. Al respecto queremos compartir una situación que nos confrontó profundamente: en el trabajo que hacíamos en Bogotá, la capital de Colombia, contábamos con una líder travesti llamada Wanda. Ella era usuaria de drogas y participaba activamente en un proceso de inclusión social basado en el arte y la producción de medios alternativos de comunicación. Wanda comenzó a trabajar con nosotros como operadora par y una de sus funciones era asistir al Comité Local de Drogas, pero en una de estas reuniones

cuestionó a un Policía y tres días más tarde fue baleada en la calle a una cuadra del Centro de Escucha. Lo más triste fue la impotencia, no pudimos reaccionar ante tal hecho, no pudimos “armar un escándalo” por su muerte, porque entonces se hubiesen visto amenazados el resto de los integrantes del equipo. De tal manera que, el vínculo entre la ilegalidad y la ley del silencio, cuestiona toda premisa positivista, todo modelo mecanicista que insista en prever los resultados de un tratamiento comunitarios para reducir el consumo de drogas.

Teoría y Práctica

En los abordajes comunitarios que hemos venido describiendo el énfasis ha estado puesto más en el activismo que en la reflexión. Hay una tensión clara entre el pensamiento empírico, el que se genera en la práctica y el conocimiento científico sobre los sistemas sociales. Creemos que el discurso está cambiando y de hecho se están retomando teorías latinoamericanas sobre la praxis (Fals Borda, 2010) que indican que hay que trabajar con la gente, que hay que involucrar a las comunidades buscando relaciones simétricas, que los "problemas" sociales no son relevantes si no son "sentidos" por quienes los afrontan. Por tal motivo es importante preguntarse por el papel de la academia que originalmente ha producido conocimiento por fuera de los contextos y buscar la manera de involucrarla como “socio estratégico” para la producción de evidencia y la revisión crítica de los efectos de las intervenciones sociales. Probablemente el papel de las universidades en la coyuntura actual de la región es fundamental pues la ciencia permite proyectar escenarios y conceptualizar la práctica, además la participación en propuestas de base comunitaria es a la vez un elemento de ganancia para las universidades pues fortalecen las prácticas de sus estudiantes y su labor de extensión; esto nos lo ha mostrado el trabajo en Uruguay y en Colombia (que son los casos que más conocemos) donde las instituciones de educación superior han tenido un papel relevante en la consolidación de estos procesos. La experiencia de RELETRAN en la cual se articulan ONG y universidades en la construcción de un currículo que de mayor sustento teórico y ayude a difundir las estrategias de base comunitaria parece ir en el mismo sentido.

Nos parece que otro aspecto importante relacionado con teoría y práctica es la formación de equipos mixtos. Los modelos teóricos nos dicen que es indispensable trabajar con pares, pero las relaciones unidireccionales de poder, es decir, las asimetrías entre el conocimiento del técnico formado en universidades y el saber del operador par

(que es el de la propia experiencia y el manejo de los lenguajes y códigos locales) plantean dilemas. En la participación de pares en proyectos de intervención social encontramos varias cosas sobre las cuales es importante reflexionar: por un lado, hay una tendencia a la tutela, a cuidar al par porque "no puede" o "no sabe" y en segundo lugar está el asunto de la acreditación y el salario justo que ya mencionamos. En cuanto al papel de los técnicos también hay que hacer algunas reflexiones: en primer lugar, es importante lograr reconocimiento para aquellos profesionales a los que les "gusta la calle" y al tiempo hacer una adecuada selección, porque muchas veces se obliga a la gente que presta servicios (de salud o bienestar social) a desarrollar trabajos comunitarios por obligación y esto es una fuente importante de fracasos, sobreintervenciones y agotamiento de las comunidades. Tenemos que aprender a ver a quién le gusta "estar allí" porque esos son los técnicos que nos ayudan a propiciar la confianza necesaria para permanecer en las comunidades. La idea de los equipos mixtos nos pone también ante un escenario en el cual ni los técnicos son pares, ni los pares son técnicos, el reto es saber ¿Cómo mantener una relación complementaria y no antagónica entre pares y técnicos? y más aún ¿Cómo aprovechar el potencial y los recursos comunitarios sin institucionalizarlos?

A propósito de la participación de pares quisiéramos presentarles otra experiencia: cuando iniciamos un proceso de tratamiento de base comunitario en un colegio de Bogotá contábamos varios muchachos que se desempeñaban como operadores pares que habían estado a punto de ser expulsados del plantel por cuestiones disciplinarias (entre ellas el uso de drogas) y habían entrado a un proceso de reducción de daño con nuestro equipo. En cierta ocasión estos pares que habían sido entrenados para implementar una encuesta entre sus compañeros fueron encontrados fumando marihuana y haciendo la tarea. Esto generó toda una discusión dentro del equipo, en primer lugar sobre el rol del par, un par que además es menor de edad y por tanto tutelado por el Estado, y en segundo lugar sobre la definición misma de par, es decir, por el hecho de haber entrado en el equipo debería perder su condición de par o en otras palabras, ¿La abstinencia no es obligatoria para los "beneficiarios" pero sí para quienes trabajan con nosotros aún siendo actores comunitarios? Aquí se desprende otra cuestión: ¿Es indispensable que los técnicos no sean usuarios de drogas?

Lo comunitario entre la cooptación y la participación

Este tipo de cuestiones sirven para ampliar la perspectiva y pensar en la

institucionalización, y más aún, en la cooptación de las prácticas comunitarias. Hemos aprendido que "estar ahí" es lo que nos permite mantener seguridad, modificar los vínculos (intervenir relaciones más que sujetos), producir relaciones para contener el daño, que no se trata de armar sistemas de seguridad o servicios de atención sino de fomentar espacios de convivencia, pero la institucionalidad tiene la tendencia de "convertir todo en servicios", de formalizar lo informal e integrarlo a la máquina de gobierno, y eso hace que lo informal pierda su frescura, su flexibilidad y su potencial para el cambio. También es importante observar qué pasa cuando un modelo (no necesariamente construido por el Estado) que ha sido exitoso a escala local se vuelve política pública y se pretende traducir a un formato nacional. Este es un gran riesgo pues un prototipo no es un molde, es decir, si no se dan reflexiones sobre la multiplicidad de aquello considerado como un "problema de gobierno" y si no se generan procesos de reingeniería institucional para que no se extingan los componentes comunitarios, la rigidez de lo Estatal y de la burocracia terminarán avasallando a este tipo de iniciativas.

Aquí emerge un tema importante que no podemos pasar por alto, se trata de la participación comunitaria real. Las políticas de lucha contra la pobreza y las teorías neoliberales de la gobernanza han generado enfoques en los cuales los recursos de los pobres, basados en vínculos como la solidaridad que en teoría no son comercializables, terminan hoy siendo fundamentales como soporte ideológico y material del libre mercado (Ellyachar, 2005). La idea de la participación se ha convertido en una herramienta para legitimar políticas públicas y programas de gobierno, en la cual se pone en manos de "las comunidades" la responsabilidad de elegir cómo quieren ser gobernadas y de asumir los efectos de sus decisiones (Larvie, 1998; Álvarez, 2003; Góngora, 2012). Este tipo de participación puede convertirse en una estrategia de "democracia directa" pero también en una fuente de cooptación, pues las comunidades son usadas (por actores gubernamentales y no gubernamentales) para sacar estadísticas, para aplicarles programas de intervención social, para llenar listas de asistencia y demostrar coberturas sin producir cambios significativos en su bienestar. A esto le llamamos agenciamiento de la pobreza y cooptación de la participación. Y aquí la responsabilidad no es sólo del Estado, sino también de la cooperación internacional y de la denominada "sociedad civil" que, merced a las reformas de ajuste estructural, pero también a los procesos de redemocratización acontecidos en América Latina, ha pasado de interventora a diseñadora de políticas públicas. Esto puede leerse desde varios ángulos, es un "avance" desde el punto de vista de la democracia participativa y de la acumulación de

capital político de ciertas organizaciones o movimientos sociales; pero al mismo tiempo pone sobre la mesa el asunto de la competencia por los recursos. Con mucha frecuencia la necesidad de sostenibilidad de las ONG hace que sean cooptadas o tengan que trabajar en proyectos de corto aliento que no tienen ninguna incidencia: en relación con este asunto está también la cuestión del lucro, pues para muchas instituciones los tratamientos de alto costo son un "buen negocio" y por tanto no es de su interés que los Estados respondan efectivamente al uso problemático de drogas. Por desgracia algunos Estados delegan los servicios para "farmacodependientes" en organizaciones privadas que se dedican al negocio de la rehabilitación de alto costo para los más pobres y que, como lo mencionamos al hablar de los dilemas del tratamiento, muchas veces no cumplen con los estándares mínimos para prestar tal servicio.

Sistematizar y evaluar

Para terminar de describir las tensiones y dilemas que hemos encontrado tanto en nuestra experiencia de trabajo como en las de los actores entrevistados para la construcción de esta pesquisa, es necesario hablar de los procesos de sistematización y evaluación. En este tema encontramos varias deficiencias sobre todo en términos de investigaciones complejas, multidimensionales, con perspectiva de red, que nos permitan ver el impacto de las intervenciones basadas en vínculos y no en sujetos enfermos. Hay una sed en los gobiernos por nuevas propuestas que funcionen porque las que tenemos no están dando resultado, entonces la sistematización y la evaluación son fundamentales porque nos muestran qué es lo que funciona y qué es lo que tenemos (es decir la oferta y la capacidad de respuesta). También es importante preguntar cuáles son los indicadores que necesitamos formular para medir procesos comunitarios, que nos muestren su eficacia y que le den piso político a la inversión estatal. Puede que en los países haya mucha gente que produce información (por ejemplo, el CBT tiene un complejo sistema de indicadores para medir riesgo y daño basado en el análisis de redes sociales) pero no hay integración de fuentes o no todos los datos son obtenidos con las mismas metodologías.

Hay brechas inmensas en relación con la información necesaria para construir acciones de gobierno que reduzcan los efectos nocivos del consumo de drogas: puede que existan datos pero que no sean confiables; que haya información pero no se conozca o no se use por falta de integración de fuentes, de sistemas de cómputo o simplemente de capacidad interpretativa. Al respecto nos parece ilustrativa la frase de un compañero

que trabaja en Colombia en temas de evaluación y construcción de indicadores para políticas de drogas: "nos hemos vuelto expertos en describir el tigre: eso es un tigre, tiene colmillos de tigre, tiene rayas amarillas y negras, es grande y parece que tiene hambre, pero no corremos" es decir, sabemos que hay un "tigre", conocemos sus características pero no usamos esa información inteligentemente para ajustar y mejorar nuestras prácticas. Esto ocurre también porque en los temas de evaluación hay grandes resistencias políticas, técnicas y comunitarias y porque las tecnologías de información y comunicación son poco aprovechadas, como consecuencia se fabrican más datos, pero nunca circulan, nunca se convierten en acciones.

Un "modelo" latinoamericano

Para cerrar quisiéramos plantear desde una perspectiva situada, es decir, desde el punto de vista de unos actores específicos, la historia de lo que ha sido el tratamiento de base comunitaria y el modelo ECO2 en América Latina. Hemos hecho más énfasis en los trabajos de Colombia y Uruguay porque son las experiencias que mejor conocemos, pero ahora es importante mostrar la manera en que estos dispositivos de intervención social se fueron consolidando como una estrategia surgida de las necesidades y los contextos de la región. La propuesta nació en México en 1994 cuando varias organizaciones de la sociedad civil (Hogar Integral de Juventud, Cultura Joven, CEJUV y la Cáritas Arquidiocesana de México) se unieron para pensar un proceso de investigación en la acción para el tratamiento y cura de las farmacodependencias en poblaciones gravemente excluidas. Con base en este trabajo se presentó una propuesta a la Unión Europea que fue acogida por Cáritas Alemana y el Gobierno Alemán y apoyada por su carácter innovador, pues se trata de un proyecto de investigación y no de intervención social (Entrevista a Juan Machín, 2012). De allí salieron las bases del modelo ECO2. Durante 1996 y 1997 se trabajó en la construcción de lo que se denominó "clínica comunitaria" a través del trabajo de calle y de un proceso de investigación acción participativa con comunidades locales en Ciudad de México. En 1998 se unieron Panamá, El Salvador, Nicaragua Chile y Colombia a la propuesta de trabajo de la clínica comunitaria a partir del modelo ECO2 y en 1999 México se organizó el primer diplomado a través de CAFAC (el centro de formación construido para la difusión y formación de este estilo de investigación en la acción). En 1999 se consolidó la primera red de organizaciones que intervienen en situaciones de sufrimiento social - REMOISSS- compuesta por 22 organizaciones de varios estados mexicanos.

En el año 2000 la Cáritas Alemana organizó el primer encuentro de expertos que se dio cada dos años hasta el año pasado. En ese momento entraron nuevos países, Haití, Brasil y Honduras a hacer parte de la red americana. En el 2001 ocurrió algo muy importante en la historia de este proceso y fue la “entrada” de la reducción de daño como herramienta teórica y política. Sin embargo, como lo hemos venido mostrando, no se trata de una emulación de las estrategias salubristas de algunos países europeos, sino una apropiación latinoamericana en la cual la reducción de daño hace parte de estrategias más amplias de inclusión social. Así, en 2001, con apoyo de Cáritas Alemana y la UE se inició el proyecto de centros de escucha de bajo umbral con proyectos piloto en México, Colombia, Brasil y Costa Rica (otro país que se unió a la red). Esos proyectos, como lo mostraremos al final de este apartado, modificaron profundamente la mirada que se tenía del tratamiento hasta ese momento. Durante los años 2002 y 2003 se fueron consolidando más redes de trabajo nacionales y Centroamérica comenzó a organizarse en una red llamada RECOISS que agrupa a las organizaciones que trabajan en situaciones de sufrimiento social en esa región. En 2004 se dio otro cambio importante cuando se unió UNESCO a la propuesta. Se hizo entonces una gran investigación comparativa (Milanese, 2005) patrocinada por la Caritas Alemana que incluyó aspectos relacionados con educación en tratamientos basados en la comunidad. A partir de este momento comenzó a plantearse que la educación (formal y no formal) es un elemento clave en los procesos exitosos y que de ahora en adelante sería uno de los componentes del CBT. En 2005 se consolidó RAISSS, red que agrupó a organizaciones de la sociedad civil de Colombia, Brasil, Chile y Centroamérica y en ese mismo año nacieron los centros de formación de dicha red, siguiendo un poco el ejemplo Mexicano y dados los resultados de una evaluación comparativa que consideró estratégico la alianza con instituciones de educación superior para dar sostenibilidad a la propuesta.

En 2007 se construyó el Modelo de Inclusión Social en Colombia, que nació de la experiencia del centro de escucha de la Fundación Procrear en Bogotá y que luego se difundió en otras ciudades del país a través de la red RAISSS Colombia. Este Modelo se pasó a ser parte integral de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas de Colombia (MPS, 2007b) incorporando, por primera vez, los lineamientos del CBT y del ECO2 dentro de una política pública de nivel nacional. Este avance ha permitido importantes desarrollos técnicos y políticos en el país y ha servido como ejemplo de incidencia política para las organizaciones aliadas de la región. En 2009 y

2010 se vincularon a la propuesta de formación en estrategias de Inclusión Social Uruguay, Bolivia, Perú y Argentina. Al mismo tiempo en Colombia se realizó un ejercicio de experimentación del modelo, ahora incorporado en una política pública, para sacarlo de los barrios marginalizados y llevarlo a colegios, barrios menos vulnerables y universidades, con inversión del Estado.

Para terminar quisiéramos mostrar resumidamente lo que ha sido la evolución del esquema terapéutico planteado por el CBT, que nace de un modelo lineal de finales de los años 1980 en el cual prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción constituían una serie de pasos sucesivos y lineales. Lo que no funciona de manera lineal es la sustitución de un modelo por otro pues, vemos que estos pasos “constituyen todavía hoy la doctrina oficial de la intervención en el área de drogas” (Milanese, 2010).



Gráfico 1. Modelo 1980. Fuente: Milanese, 2010.

En los años 1990 se reformó este enfoque cuando se propuso que tratamiento y rehabilitación podrían ir de la mano, aunque la reinserción seguía siendo pensada como el final del proceso, es decir, "cuando te cures, te incluyo". Luego, apareció en la mayoría de los países de la región (con excepción de Brasil que ya tenía un recorrido en el tema desde la década de los 1980) la perspectiva de la reducción de daño como resultado del vínculo epidemiológico entre VIH/Sida y consumo de drogas inyectables. La reducción de daño, que apareció en el escenario latinoamericano como un actor poco querido pero necesario, hizo que la "prevención" se complejizara dividiéndose en universal, selectiva e indicada y que la rehabilitación y el tratamiento comenzara a dialogar con la idea de que la abstinencia no podía ser un requisito. Sin embargo, en ese momento, se seguía pensando que la reinserción era el final del camino.

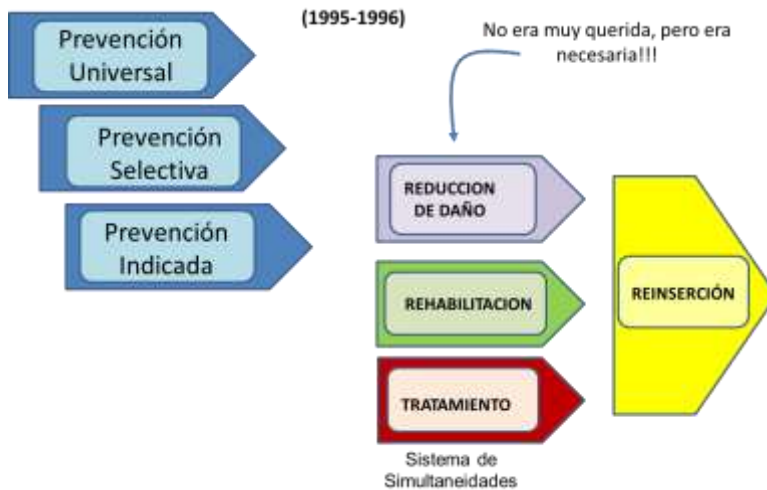


Gráfico 2. Modelo 1995-1996. Fuente: Milanese, 2010.

En el 2003, cuando ya había un camino andado y teníamos evaluaciones consistentes, pudimos redefinir los componentes del CBT y vimos que la reducción de daño debía ser un elemento transversal a todo el proceso terapéutico y que la reinserción es también un elemento terapéutico eficaz, en otras palabras, que la inserción hace parte de la cura. En 2004, después de la primera evaluación regional y comparativa (Milanese, 2005), entendimos que la reinserción tiene que ver con trabajo y que la reducción de daño (dadas las condiciones de pobreza extrema y marginalidad de los usuarios) es parte de un dispositivo mayor denominado asistencia básica, además, con la entrada de la perspectiva educativa, la rehabilitación adquirió un matiz diferente.

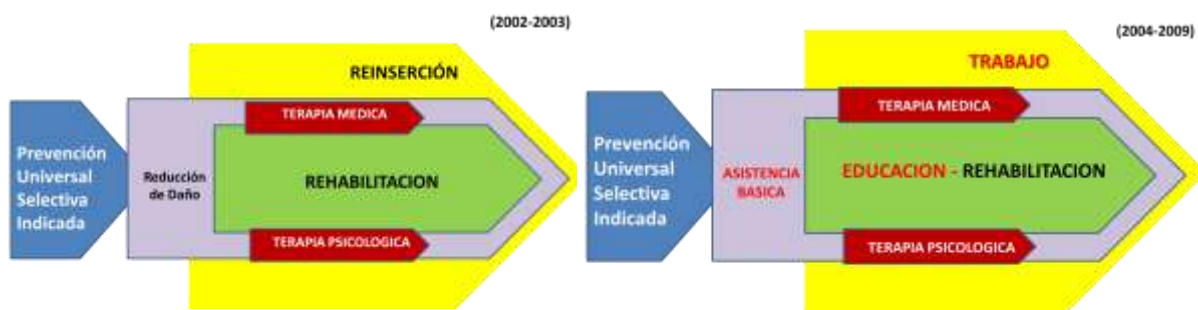


Gráfico 2. Modelo 2002-2009. Fuente: Milanese, 2010.

Finalmente, vemos la evolución de un modelo que había sido forjado en el marco de comunidades locales y colectividades en alta vulnerabilidad. Según Milanese (2010) esto no quiere decir que este dispositivo no tenga sentido en comunidades y grupos de baja vulnerabilidad, quiere decir que ha sido experimentado en contextos de alta

vulnerabilidad mientras que en otros todavía está siendo probado y aunque los datos que tenemos nos digan que los resultados son positivos, aún no tenemos una evaluación rigurosa. En definitiva, en los dos últimos años hemos llegado a la conclusión que el tema de la rehabilitación es más un asunto de **inclusión social**, de redes y vínculos, y que el trabajo y la educación son ejes del tratamiento basado en la comunidad.



Gráfico 4. Modelo 2010-2011... Fuente: Milanese, 2010.

Consideraciones Finales

Más que conclusiones quisiéramos plantear algunas reflexiones y cuestiones finales que agrupamos en tres categorías: sobre América Latina, sobre los actores y sobre el abordaje comunitario propiamente dicho. La intención es presentar puntos para la discusión que sirvan para generar “operaciones reales”, acciones concretas basadas en nociones comunes:

Sobre América Latina

1. Propiciar un cambio en las políticas de drogas en América Latina. Caminar hacia la regulación y reforma de leyes severas e ineficaces e impulsar en la agenda política de drogas un enfoque desde la integración social, a partir de una revisión crítica de las políticas existentes.
2. Es preciso definir el marco conceptual, teórico y referencial de las políticas públicas en integración social y drogas en los países de América Latina.
3. Hay que propiciar acciones de formación y sensibilización para pasar del paradigma de la lucha en contra de la pobreza (que se convierte a menudo en lucha en contra de los pobres) a la justicia social y la inclusión.
4. Es necesario superar la mirada centrada exclusivamente en “consumidores problemáticos” y ampliarla hacia las comunidades, las personas y sus diversas formas de vinculación con las drogas.

5. Evitar la cooptación de la participación de las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil en diversas escalas. El agenciamiento de la pobreza reproduce asimetrías.
6. Propiciar una relación dialógica y bidireccional entre las propuestas construidas desde América Latina y la Unión Europea.
7. Explorar y difundir los marcos teóricos que involucren la IAP, las teorías latinoamericana sobre la praxis y el trabajo comunitario reinterpretadas a la luz de las redes sociales y la complejidad.

Sobre el tratamiento basado en la comunidad

1. El tratamiento comunitario (sus desdoblamientos y apropiaciones) al integrarse a políticas públicas nacionales, constituye una alternativa para pensar el cambio de las políticas de drogas.
2. Se necesita más inversión y presupuesto para desarrollar pilotos de trabajo. Sin embargo, no se puede pensar un modelo estándar, hay que ser cautelosos con el cambio de escala y de contexto.
3. Para abordar un problema de gobierno hipercomplejo se necesitan “cajas de herramientas”, dispositivos flexibles, prototipos (más que modelos), que puedan ser “traducidos” y adaptados eficazmente en diferentes contextos.
4. Es indispensable involucrar a las comunidades y a los actores sociales locales en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las propuestas. Pasar de la asistencia a la praxis.
5. Hay que propiciar procesos de investigación en la acción que ayuden a superar la “intuición”, generen evidencia sobre la pertinencia, sostenibilidad y el impacto de las acciones de base comunitaria y sirvan para la elaboración de planes y políticas.
6. Es prioritario actualizar los sistemas de seguimiento y evaluación de programas y propuestas, incluyendo el diseño de indicadores que permitan leer procesos relacionales y de trabajo en red. Las lagunas de evidencia tienen que ver con no saber qué es lo que funciona mejor para “enfrentar al tigre”. El “problema” de las drogas está caracterizado, pero no son claras las estrategias (eficientes, eficaces y no punitivas) para enfrentarlo.

Sobre los actores

1. Urge avanzar hacia una cooperación internacional que propicie el intercambio y la integración. Pasar de la financiación e imposición de problemas a la búsqueda de soluciones autónomas y creativas.
2. La sociedad civil tiene un papel protagónico en la construcción, el cambio y la implementación de políticas. Sin embargo, su papel debe estar frecuentemente sometido al escrutinio crítico para evitar el agenciamiento de la pobreza.
3. Observar y crear espacios de discusión y debate sobre el complejo (diverso, heterogéneo) rol de la sociedad civil y su relación con el mercado, la asistencia, el tratamiento y los movimientos sociales.
4. Es necesario propiciar trabajo conjunto entre la administración pública, el sector privado, la sociedad civil organizada y las comunidades locales, así como la

- creación y dinamización de espacios de control social.
5. El cambio en las políticas de drogas implica mejorar los diagnósticos locales participativos, usando y aplicando los resultados en la planeación de las acciones intersectoriales.
 6. El trabajo con pares es la clave para modificar contextos de exclusión. Esto implica combatir la asimetría entre pares y técnicos y fomentar procesos de capacitación acreditados para operadores y agentes comunitarios.
 7. El papel de la academia es fundamental para crear y promover espacios de discusión y reflexión que proporcionen miradas críticas sobre la acción social, el trabajo comunitario y la complejidad de los vínculos entre personas contextos y drogas.

Fuentes

Bibliografía

- Álvarez, S. (2003). *Los discursos de la pobreza y el Desarrollo Humano*. Lumen Humanitas: Buenos Aires.
- Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia -CLDD. (2010). *Drogas y Democracia: hacia un nuevo paradigma*. Recuperado el 17 de Octubre de 2010, de <http://www.drogasedemocracia.org/Espanol/DocumentosComissao.asp>
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Machín, J. (2011). *Redes Sociales e Incidencia en Política Pública: Estudio comparativo México - Colombia*. México D.F.: CAFAC.
- Malo, M. (2004). Prólogo. En *Nociones Comunes: experiencias y ensayos sobre investigación y militancia* (págs. 13-39). Barcelona: Traficantes de Sueños Útiles.
- Milanese, E. (7 de Septiembre de 2010). *Tratamiento Comunitario de las Adicciones*. Panamá.
- Milanese, E. (2012). *Tratamento Comunitário: Manual de Trabalho I*. Brasil: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, Instituto Empodera.
- Morin, E. (1994). Epistemología de la Complejidad. En D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- MPS, U. (2008). *La Política para la Reducción del Consumo de SPA al alcance de tod@s: Una herramienta para construir política en lo local*. Bogotá: República de Colombia.

- Prigogine, I. (1994). De los Relojes a las Nubes. En D. Fried (Ed.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- CLDD. (2010). *Drogas y Democracia: hacia un nuevo paradigma*. Recuperado el 17 de Octubre de 2010, de <http://www.drogasedemocracia.org/Espanol/DocumentosComissao.asp>
- Gutiérrez, P. y Montenegro, A. (2010). *La configuración histórica de las estrategias de investigación/intervención en contextos comunitarios y de movilización social en América Latina*. Material de Trabajo CLACSO.
- Ellyachar, J. (2005). *Markets of Disposessions: NGOs, Economic Development, and the State in Cairo*. Duke University Press: Durham, N.C.
- Escobar, A. (1998). *La invención del Tercer mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*. Grupo Editorial Norma: Bogotá.
- Escohotado, A. (1996). *Historia Elemental de las Drogas*. Madrid: Anagrama.
- Fals Borda, O. (2009) "Cómo investigar la realidad para transformarla", en: *Una sociología sentipensante para América Latina (Antología de Fals Borda)*. Bogotá: CLACSO, Siglo del Hombre Editores, pp. 253-302.
- Foucault, M. (2004) *Sécurité, territoire, population*. Cours au Collège de France, 1977-1978. Paris: Hautes Études/Seuil/Gallimard, pp. 119-138; 233-319; 371-378.
- Freire, P. (1970) *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.
- Góngora, A. (2012). "Redes que Curan: riesgos, daños y políticas de drogas en Colombia", en: *Nuevas Antropologías Colombianas: experiencias metodológicas*. (Comp.) Espinosa, N. Tapias, C. y A. Góngora. Editorial Zenú: Bogotá. En Prensa.
- Guattari, F. *Caosmosis*. 1996 [1992]. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Haraway, D. (1995). "Conocimientos Situados", en: *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Hoffmann, A. y Shultes, R.E. (1982). *Las Plantas de los Dioses*. Fondo de Cultura Económica: México D.F.
- Larvie, P. (1998) *Managing Desire: AIDS, Sexual Citizenship and the New Brazilian Homosexuality*. PhD Dissertations. University of Chicago.
- Machín, J. (2010) "Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social". REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales 18 (12), Junio. http://ddd.uab.cat/pub/redes/15790185v18/vol18_12.htm#_ftnref3
- Machín, J. (2011). *Redes Sociales e Incidencia en Política Pública: Estudio comparativo México - Colombia*. México D.F.: CAFAC.
- Malo, M. (2004). "Prólogo". En *Nociones Comunes: experiencias y ensayos sobre investigación y militancia* (págs. 13-39). Barcelona: Traficantes de Sueños Útiles.

Milanese, E. (2012). *Tratamento Comunitário: Manual de Trabalho I*. Brasil: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, Instituto Empodera.

Milanese, E. (2010). *Tratamiento Comunitario de las Adicciones: anotaciones teóricas*. V° encuentro de la RECOISS: Redes e Incidencia Política. Universidad de las Américas, Panamá, 7 Septiembre 2010.

Milanese, E. (2005) *Interregional Cooperation to establish a common response to drug use and its consequences in Latin America and the Caribbean*. Final Report. Caritas Germany, Freiburg. E.

Milanese, E; Merlo, R. y B. Laffay, (2001) *Prevención y cura de la farmacodependencia: una propuesta comunitaria*. México: Plaza y Valdéz.

Morin, E. (1994). Epistemología de la Complejidad. En D. Fried, *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Ministerio de la Protección Social (MPS) y UNODC. (2008). *La Política para la Reducción del Consumo de SPA al alcance de tod@s: Una herramienta para construir política en lo local*. Bogotá: República de Colombia.

Ministerio de la Protección Social (MPS) y Fundación Procrear. (2007). *Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de Sustancias psicoactivas*. Bogotá: República de Colombia.

Ministerio de la Protección Social (MPS). (2007b). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto*. Bogotá: República de Colombia.

Ott, J. (1998). *Farmacofilia o los paraísos naturales*. Editorial Fantástica: Madrid.

Ott, J. (1995). *The Age of Entheogens and the Angel's Dictionary*. Natural products: NY.

Prigogine, I. (1994). De los Relojes a las Nubes. En D. Fried (Ed.), *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Riles, A. 2010 [2001]. *The Network Inside Out*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Rose, N. y Miller, P. (2008). *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*, Polity.

Scott, John. (1991). *Social Network Analysis*. London: Sage.

Thoumi, F. (2002). *El Imperio de las Droga: narcotráfico, economía y sociedad en Los Andes*. Planeta: Bogotá.

Trinchera Ganja y CPNSCP. (2010). *Foro Las Plantas No Son Como las Pintan*. Memorias. Santiago de Cali. Noviembre de 2007.

Entrevistas

	Organización	Entrevistados	Página Web
Brasil	Lua Nova	Raquel Barros	www.luanova.org.br
Chile	EFAD- Escuela Nacional de Estudios y Formación en Abordajes de Adicciones y Situaciones Críticas Asociadas. Chile	Mauricio Zorondo	http://www.facebook.com/pages/Fundacion-EFAD/174809249196538
México	CAFAC: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas. A.C	Juan Machín, Manuel Velasco	http://caritas.laneta.apc.org
Colombia	Ministerio de Justicia y del Derecho. República de Colombia Observatorio de Drogas.	Jeny Fagua	http://www.minjusticia.gov
Colombia	Ministerio de Salud y Protección Social	Orlando Scoppetta	http://www.minsalud.gov.co
Colombia	Comunidad Cannábica Colombiana	David Ponce	http://www.facebook.com/note.php?note_id=132391793028
Colombia	Las Plantas No Son Como las Pintan	Lucas Pasos	http://lasplantasnosoncomolaspintan.blogspot.com/?zx=2e74d30ad7ae1ea5
El Salvador	Centro de formación Pasos	Tránsito Ruano	
Uruguay	Junta Nacional de Drogas del Uruguay	Marta Suanes y Esperanza Hernández	http://www.infodrogas.gub.uy
UNODC Colombia	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	María Mercedes Dueñas	www.descentralizadrogas.gov.co
Cáritas Alemana	Proyecto Regional de Tratamiento Comunitario de Las Adicciones y de las Consecuencias de la Exclusión Grave	Dorothea Schreck Efrem Milanese	http://www.caritas.org/esworldmap/europe/germany.html
CICAD-OEA	Proyecto Savia	Javier Sagredo	http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/savia/default_spa.asp

Anexo 1

Organizaciones que presentaron fichas sobre su trabajo:

Ciudad	Organización	Página Web
Pasto	Universidad de Nariño-Grupo De Investigación Psicología y Salud	www.psicologiaysalud.edu.co
Bogotá	Fundación Procrear	www.fundaprocrear.org
Bogotá	Fundación Social Fénix	www.fenix.org.uk
Bogotá	Las Plantas No Son Como Las Pintan	www.lasplantasnosoncomolaspintan.blogspot.com
Pereira	Observatorio de Drogas Eje Cafetero	WWW.sidec.org.co
Pereira	Corporación Temeride	
Manizales	Universidad Autónoma de Manizales	www.autonoma.edu.co
Manizales	Corporación Colombia Actuando (CCA)	
Dorada	Pastoral Social Cáritas Caldas	http://www.diocesisdeladoradaguaduas.org/paginas/pastoral_social.html
Cali	Corporación Viviendo	www.corporacionviviendo.org
Bucaramanga	Corporación Consentidos.	http://www.corpconsentidos.org/
Brasil	Lua Nova	www.luanova.org.br
México D.F.	CAFAC: Centro Cáritas de Formación para la atención de las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas A.C	www.laneta.apc.org/caritas