

Historia y presente de las políticas de drogas: una conversación con Efre Milanese

History and Present of Drug Policy: A Conversation with Efre Milanese

ARK CAICYT: <https://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23141174/o6ir9jq6p>

Ana Clara Camarotti²

Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Argentina

Alejandro Capriati³

Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires – Universidad Nacional de Mar del Plata – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – Argentina

Resumen

Efre Milanese, psicólogo y psicoterapeuta con una amplia trayectoria internacional, reflexiona sobre los orígenes, desafíos y proyecciones del tratamiento comunitario en el abordaje de los consumos problemáticos de drogas. Su experiencia, iniciada en los años 70, lo llevó a combinar saberes académicos con prácticas territoriales en Europa y América Latina. A partir de influencias como Paulo Freire, Fals Borda y la psicología comunitaria, Milanese propone una intervención basada en redes sociales formales e informales, con protagonismo de las comunidades y respeto por los derechos humanos. Destaca la importancia de transformar las representaciones sociales sobre el consumo, alejándose de modelos punitivos, patologizantes o asistencialistas. En su paso por Argentina, contribuyó a institucionalizar el tratamiento comunitario desde SEDRONAR, articulando saberes técnicos y populares. Señala como logros clave el reconocimiento del valor de las redes afectivas y comunitarias, el trabajo desde abajo hacia arriba y la construcción de dispositivos flexibles e inclusivos. A su vez, advierte sobre deudas pendientes como la necesidad de evaluar impactos en redes no formales y fortalecer la formación en trabajo en red. La entrevista recupera su mirada crítica, ética y profundamente comprometida con una política de drogas centrada en la dignidad, la participación y la transformación social.

215

Palabras clave:

TRATAMIENTO COMUNITARIO; POBLACIONES VULNERABILIZADAS; DROGADEPENDIENTES; TRABAJO EN RED; LATINOAMERICA

² anaclaracamarotti@gmail.com

³ alejandrocapiati@gmail.com

Abstract

Efrem Milanese, a psychologist and psychotherapist with extensive international experience, reflects on the origins, challenges, and future of community-based treatment for problematic drug use. Since the 1970s, his work has combined academic knowledge with grassroots practices across Europe and Latin America. Drawing on influences such as Paulo Freire, Fals Borda, and community psychology, Milanese advocates for interventions grounded in formal and informal social networks, emphasizing community leadership and respect for human rights. He highlights the importance of transforming social representations of drug use, moving away from punitive, pathologizing, or paternalistic models. During his time in Argentina, he contributed to the institutionalization of community-based treatment through SEDRONAR, integrating technical and popular knowledge. He highlights key achievements such as recognizing the value of affective and community networks, promoting bottom-up approaches, and building flexible, inclusive intervention strategies. At the same time, he warns about outstanding issues, such as the need to assess the impact of informal networks and strengthen training in network-based work. The interview captures his critical, ethical, and deeply committed perspective on a drug policy centered on dignity, participation, and social transformation.

216

Key words:

COMMUNITY TREATMENT; VULNERABLE POPULATIONS; DRUG ADDICTS; NETWORKING; LATIN AMERICA

Fecha de recepción: 22 de mayo de 2025

Fecha de aprobación: 25 de mayo de 2025

Historia y presente de las políticas de drogas: una conversación con Efreem Milanese

Las políticas de drogas de las últimas 5 décadas pueden ser examinadas desde distintos puntos de vista y considerando aspectos muy diversos. En esta sección conversamos con Efreem Milanese para interrogar desde su experiencia y formación los cambios y continuidades relativos a los modos de concebir la problemática del consumo y los tratamientos. Efreem es un psicólogo y psicoterapeuta italiano con una destacada trayectoria internacional en el campo de las políticas de drogas, la salud mental y las intervenciones comunitarias. Doctor en Psicología por la Universidad René Descartes (París V, Ciencias Humanas-Sorbona), cuenta con formación psicoanalítica y ha trabajado en el área de drogas desde 1973, década en la cual los tratamientos frente a la drogadependencia ocupaban un lugar destacado en la agenda pública, que ya estaba tensionada con las críticas a los hospitales psiquiátricos y la búsqueda de dispositivos que respetaran los derechos de las personas con sufrimiento psíquico.

Su primer acercamiento a la temática fue durante su formación de grado por medio de una práctica académica con un grupo de consumidores de drogas bajo la coordinación del psiquiatra francés Claude Olievenstein. Luego, a partir de su trabajo doctoral sobre el consumo ritual del peyote de los Huicholes de México, comienza a reconocer el valor de la comunidad como actor protagonista de una práctica de uso de drogas culturalmente controlado. En Italia trabajará dieciséis años en comunidades terapéuticas pero será en México, durante los años ochenta cuando él se familiariza con el tratamiento comunitario y hace propias las tradiciones latinoamericanas críticas en salud y educación; la medicina social y la epidemiología crítica, la pedagogía de Paulo Freire, la investigación acción participativa de Orlando Fals Borda, la psicología comunitaria y las experiencias de base de las parroquias que nutrieron su enfoque y propuesta.

Durante los noventa conduce una investigación para desarrollar un modelo comunitario de prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial y a partir de la década del 2000 sistematiza su enfoque y realiza varias publicaciones sobre el metamodelo ECO2 y el Tratamiento Comunitario. En el desarrollo del metamodelo ECO2, junto a colegas de México, Efreem Milanese puso en relación diversos enfoques teóricos, ejes de intervención y herramientas prácticas para abordar de manera integradora y contextualizada las problemáticas

asociadas al consumo a partir de la construcción de redes sociales y comunitarias, formales e informales. Entre sus publicaciones más destacadas se encuentra el manual "Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave", que ofrece herramientas para operadores que trabajan en contextos de vulnerabilidad y sufrimiento social. Este manual es resultado de proyectos de investigación-acción desarrollados en América Latina con el apoyo de la Unión Europea, UNESCO, ONUSIDA y Cáritas Alemania.

Una de las marcas de su trayectoria remite a su mirada crítica de los modelos tradicionales y la búsqueda de estrategias alternativas que mejoren la salud y bienestar de las personas sin imponer modelos normativos. Motorizado por esa búsqueda, Efrem Milanese recorrió distintos países de Latinoamérica y plasmó allí un estilo de trabajo signado por su aguda capacidad de escucha y su compromiso ético y político.

1. Encuentros y aprendizajes para pensar respuestas comunitarias

Con Efrem Milanese nos conocimos en 2012, mientras asesorábamos distintas áreas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA).⁴ El balance regional en esos años indicaba que las políticas de drogas habían tenido una evolución desigual y aún embrionaria en América Latina. A pesar de algunos avances, las políticas de drogas seguían siendo consideradas la *Cenicienta* de las políticas públicas, tanto por los bajos niveles de inversión estatal como por su posición marginal en las agendas gubernamentales. Las personas que usaban drogas de manera problemática o adictiva solían quedar excluidas de espacios cotidianos, socio-afectivos, de integración social, e incluso de los propios programas de tratamiento. Los escasos datos disponibles resultaban elocuentes: solo un porcentaje reducido de quienes necesitaban tratamiento lograba acceder a él y, dentro de ese grupo, las tasas de recaída post-tratamiento superaban el 80%. Esta precariedad de las respuestas

218

⁴ Efrem Milanese estaba a cargo del documento *Integración social y drogas en América Latina. Documento de consulta para el desarrollo de una Guía de Políticas Públicas* y Ana Clara Camarotti lideraba la elaboración de los Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la Construcción de un Modelo Integral de Abordaje Comunitario para la reducción de la demanda de drogas, en cuyo comité editorial participaba Raquel Barros. Asimismo, Raquel y Ana Clara participaban como expertas en los talleres de discusión del documento a cargo de Efrem.

socio-sanitarias, sumada a la ausencia de estrategias que posibilitaran la integración social tras los tratamientos, evidenciaba que el ciclo de recuperación no lograba cerrarse. La falta de integración social aparecía como una deuda pendiente: la pobreza, la desigualdad, el desempleo, la falta de vivienda y de oportunidades requerían ser ubicadas en el centro si se aspiraba a generar cambios significativos en la materia.

En ese primer acercamiento con Efrem comprendimos que, más allá de provenir de países y trayectorias de formación diversas, compartíamos diagnósticos, interrogantes y argumentos sobre los cambios urgentes que requerían las políticas de drogas en América Latina. Sosteníamos el desafío de construir respuestas desde lo comunitario, que involucraran a todos los actores del territorio y dejara de culpabilizar a las personas por sus consumos.

Entre 2013 y 2014, Efrem Milanese y Raquel Barros condujeron una *Formación de Formadores en Tratamiento Comunitario*, que, a nuestro entender, fue una propuesta inusual y novedosa en el campo de las capacitaciones. Durante esos años se realizaron ocho encuentros (cuatro por año) en organizaciones de la sociedad civil de distintos países latinoamericanos. Las actividades combinaban la presentación y discusión de casos, la supervisión grupal de equipos y la intervención directa en procesos complejos. Lo innovador de esta propuesta residía en la posibilidad de trabajar sobre experiencias concretas en los propios territorios, donde el grupo que hacía la formación se instalaba y permanecía durante una semana, inmerso en la comunidad con la que se buscaba colaborar. En el calor de esas construcciones colectivas, Efrem desplegaba su capacidad para generar debates y alimentar reflexiones colectivas.

La formación impartida por Efrem Milanese abonó de manera fértil las investigaciones y propuestas que surgían de nuestro equipo de investigación en el área de Salud y Población del Instituto Germani. Bajo la dirección de Ana Lía Kornblit veníamos interrogándonos por los modos para promover la salud juvenil, los roles de las escuelas promotoras de salud y los desafíos de la articulación interinstitucional en territorio. Durante 2013 nos encontrábamos realizando un estudio para identificar estrategias acordes al modelo socio-comunitario de abordaje de los consumos problemáticos de drogas en el área metropolitana de Buenos Aires y estábamos desarrollando las primeras versiones de lo que denominamos Modelo Integral Comunitario. Luego, Ana Clara Camarotti y Alejandro Capriati coordinaron, junto con los curas villeros y las organizaciones sociales

nucleadas en la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular (CTEP), la Escuela de Formación de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAAC); iniciativa *de abajo hacia arriba* que buscó fortalecer las capacidades de los equipos en territorio para promover estrategias de cuidado y acompañamiento comunitario. Indudablemente, las ideas que veníamos gestando desde nuestro equipo en el Área de Salud fueron potenciadas y enriquecidas con el intercambio en dichos encuentros latinoamericanos.

La relación de Efrem Milanese con la Argentina se estrechó cuando con la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR), desde donde participó activamente en la implementación y fortalecimiento del modelo de Tratamiento Comunitario (TC) en nuestro país. Junto a la especialista brasileña Raquel Barros, Milanese lideró jornadas de formación, evaluación y acompañamiento a equipos territoriales en diversas provincias argentinas.

La trayectoria, producción e influencia de Efrem Milanese son una inmejorable oportunidad para volver a preguntarnos en esta tercera década del siglo XXI: ¿De qué modo un tratamiento puede tener una impronta comunitaria? ¿Cómo se pueden generar formas de trabajo comunitario que articulen con las políticas del Estado? ¿Cuáles son los dispositivos que pueden facilitar procesos de cambio en las comunidades y sus integrantes? ¿Qué es, en definitiva, lo que anhelamos de las políticas de drogas? ¿Cambiar las conductas de las personas, modificar las representaciones sociales sobre el consumo, respetar los derechos de las personas usuarias? Estas preguntas encuentran lúcidas respuestas en la conversación con Efrem Milanese.

220

Entrevistadorxs: Quisiéramos comenzar esta entrevista conociendo cuáles fueron sus influencias durante su formación como psicólogo y cómo apareció la temática del uso de drogas.

Efrem Milanese: El contexto cultural en el cual me encontraba como estudiante de psicología de la Universidad (Paris V°) desde 1973 todavía vivía el impacto de las manifestaciones de Mayo 1968, una época de profundas transformaciones sociales y culturales. En ese contexto me condicionaron profundamente cuatro pensadores: el antropólogo estructuralista Claude Levy Strauss sobre todo su trabajo *El Pensamiento Salvaje*, Michel Foucault con *Surveiller et Punir*, Jacques Lacan con su foco en el lenguaje y un poco más tarde Pierre Bourdieu que me introdujo al espacio social y al capital social.

A esto se sumaron en parte, de manera simultánea y en años sucesivos, cuatro experiencias profesionales. Haber hecho una práctica académica, durante mi formación universitaria, con un grupo de consumidores de drogas que, con la coordinación de un equipo de Claude Olivenstein, se reunían en Saint Germain de Près. Me encontraba a mitad de los años setenta y esa práctica constituía para mí un mundo nuevo del cual cada vez salía con más preguntas que respuestas. Esta práctica me impactó por la impotencia de todos nosotros y al mismo tiempo por la tenacidad humana y científica en encontrar respuestas que tuvieran sentido. Esta primera experiencia me orientó hacia una visión y una formación clínica psicoanalítica que conservo hasta hoy.

La segunda fue la investigación de doctorado hecha con los Huicholes de México sobre el consumo ritual del peyote: donde pudo quedar en evidencia el papel de una comunidad como un actor protagonista de un proceso de uso controlado y creador de sentidos y significados en torno a esa práctica de uso de drogas. La tercera, de vuelta para Italia, fue el interés por el tratamiento por abuso de sustancias, inicialmente en comunidad terapéutica, donde trabajé dieciséis años y fue en el transcurso de esa experiencia que tuve la posibilidad de tomar contacto (intelectual y a veces personalmente) con experiencias comunitarias institucionales (Maxwell Jones, Tom Main, Robert Hinshelwood) en Inglaterra, Racamier y Olivenstein en Francia y sobre todo el impacto de la propuesta basagliana que abrió la puerta de las instituciones psiquiátricas para dejar entrar a la comunidad y viceversa. La cuarta fueron las primeras investigaciones y experiencias en México, del 1983 al 1986, en las cuales comencé a interiorizarme en el tratamiento comunitario.

221

E: ¿Cómo fue ese proceso de interiorización en el tratamiento comunitario?

E.M.: La necesaria premisa a todo esto es que la construcción y el desarrollo del tratamiento comunitario no son únicamente un acontecimiento personal sino el resultado del esfuerzo de centenares de personas en América Latina y algunas en Europa. La propuesta es latinoamericana.

En 1983-1986 me encontraba en Guadalajara (México) realizando el trabajo de campo de mi investigación de doctorado próximo a terminarse. En 1981 inicia mi colaboración de la Escuela de Psicología de la Universidad de Guadalajara y en ese contexto sostenía

tres actividades: una investigación sobre el tratamiento en los Centros de Integración Juvenil,⁵ el trabajo con grupos de niños de la calle en el proyecto Menores en Situación Extraordinaria del DIF Jalisco,⁶ y una actividad de primer contacto con dos pandillas de la ciudad de Guadalajara junto con algunos alumnos de la Escuela de Psicología interesados en el tema de pandillas urbanas.

En estas actividades el tema de drogas era uno de los elementos comunes. La investigación se enfocaba en el estudio de los procesos de tratamiento en el interior de una institución (servicios ambulatorios e internamiento y algunas actividades de prevención). El segundo foco estaba puesto en las calles y las centrales de autobuses de la zona central de la ciudad de Guadalajara con una propuesta de organizar un centro de acogida de muy bajo umbral en uno de los pisos de la central de autobuses. El tercero se desarrollaba en la comunidad en la cual vivían estas dos pandillas. En el primer caso había una experiencia institucional, en el segundo una experiencia que se basaba en un marco institucional federal y en el tercero no había nada sino la tentativa de establecer contacto con dos pandillas y una comunidad, y entender contextos y procesos de interacción.

Viéndolo ahora: de la primera experiencia (la investigación con Centros de Integración Juvenil) nació mi proyecto de regresar a Europa para entender, formarme y practicar el tratamiento institucional en una comunidad cerrada (comunidad terapéutica), eso me hizo descubrir y, en algunos casos, redescubrir a M. Jones, Racamier, Tom Main, Hinshelwood, Bergeret, Basaglia, la metodología Daytop, el Proyecto Hombre etc. Eso tomó dieciséis años de mi vida, incluyendo la formación en análisis de grupo.

De la experiencia con menores en la calle y con pandillas en comunidad abierta me quedó la idea de cómo crear una alianza de trabajo en un contexto no formal de altísima vulnerabilidad y conflictividad social donde interactúan actores diversos: traficantes, policías, instituciones de asistencia social, familias, líderes comunitarios con fenómenos macrosociales impactantes: urbanización acelerada, migración hacia los Estados Unidos, primeros procesos de reorganización del territorio por grupos de criminalidad juvenil, etc., en esas dos experiencias hicimos todos los errores posibles y algunos aciertos también (pocos). La realidad era que no entendíamos casi nada.

⁵ Centros de Integración Juvenil (CIJ), organización del Estado Federal de México.

⁶ Desarrollo Integral de la Familia (DIF), organización del Estado Federal de México.

Esas experiencias evidenciaron que los consumidores de drogas estaban en las comunidades en las cuales vivían y que el tratamiento acontecía o en clínicas especializadas, o en hospitales generales, o en instituciones constituidas *ad hoc*. Aquello que era cierto era que las comunidades y los barrios no eran lugares de tratamiento sino de riesgo, territorios de pandillas y de policías. En esa época tampoco eran lugares de prevención.

El punto más claro era que el tratamiento solo era pensado como intervención médica en la cual, sin un papel específico, se insertaba la colaboración con psicólogos y trabajadores sociales. Las comunidades eran lugares y no actores, lugares de los cuales los farmacodependientes en tratamiento provenían y a los cuales regresaban terminado el tratamiento, independientemente de su resultado. Las referencias teóricas en esa época eran diversas: Paulo Freire, los trabajos de Orlando Fals Borda. Claude Olivenstein y obviamente la teoría del apego de Melanie Klein que nos condujo, casi 20 años después a John Bowlby y a pensar en el dispositivo del Tratamiento Comunitario como base segura. Trabajar en una comunidad de altísimo riesgo plantea el tema de la seguridad física y emocional de todos y en particular para los equipos. La perspectiva de Bowlby articulada con aquella de Urie Bronfenbrenner nos orientó hacia la construcción de relaciones de alianza y cooperación con actores comunitarios y la población en general.

En 1989 en la Ciudad de México, con tres organizaciones no gubernamentales, algunas y algunos colegas y el apoyo de dos universidades iniciamos a pensar en una modalidad de trabajo con las comunidades que no fuera contactar a personas para enviarlas a centros de tratamiento o hacia los pocos servicios implantados en comunidades cercanas. En este proceso la mirada comenzó a cambiar: el punto central de toda la estrategia de trabajo no era necesariamente cambiar las conductas de dependencia, sino cambiar la representación social que las comunidades tenían del consumo y de los consumidores. Eso implicaba validar aquello que las comunidades ya tenían como herramientas de anclaje y objetivación que garantizaba la cohesión comunitaria y adaptarlo a procesos de inclusión social. La hipótesis era que si cambiaba la representación social en un sentido menos excluyente y comenzaba a pensarse desde un lugar más incluyente-integrador eso haría posible un tipo de relación diferente entre todos los miembros de la comunidad y entonces gracias a dispositivos relacionales diferentes (por ejemplo, redes de vecinos basadas en relaciones de colaboración) la comunidad

hubiera podido ser un lugar de transformación de las relaciones entre personas y por consecuencia también de sus prácticas. Esa fue nuestra incipiente teoría del cambio, y sigue viva. Aquí nos ayudaron mucho Serge Moscovici y Denise Jodelet, Moscovici en particular orientó nuestra reflexión hacia equipos entendidos como minorías activas en una comunidad, y de las minorías activas a las redes el paso fue casi sin pensar. Ese fue un paso importante en la construcción del dispositivo que luego denominamos *Tratamiento Comunitario*: pensar a un equipo como minoría activa en una comunidad significa constituir un grupo de líderes comunitarios no formales y formales, personas con competencias y capacidades, es decir establecer los recursos comunitarios. En esta época el acento estaba puesto en el empoderamiento comunitario, nosotros nos orientamos más hacia la desconstrucción del estatus de poder de los equipos y a su reconstrucción en una óptica comunitaria.

E: ¿Cuáles eran los debates y de qué tipo de respuestas proponían distanciarse?

E.M.: Una premisa indispensable es que el tratamiento comunitario es una propuesta latinoamericana y no nace en el vacío. El tema de la medicina social y de los determinantes sociales de la salud ya estaba presente en América Latina en los años sesenta y el conflicto entre medicina social y el tecnicismo médico era un tema de frecuentes debates. Uno de esos debates trataba de elaborar la necesaria transición del binomio *salud-enfermedad* hacia la *práctica de la salud* que se reflejó un poco más tarde en otro tema de debate y de propuesta entre la epidemiología clásica y la epidemiología crítica, que introdujo los famosos factores de contexto en las condiciones de riesgo y vulnerabilidad.

Las respuestas principales de la época eran (i) de tipo médico: ambulatorio, en hospitales o clínicas especializadas, o en servicios presentes en comunidades vulnerables pero sin participaciones de los actores de las mismas; (ii) en contextos institucionales cerrados (comunidades terapéuticas) que se inspiraban a la tradición de Daytop o en las experiencias de Synanon. Ambos idealmente inspirados por el trabajo de Narcóticos Anónimos. Había otro tipo de respuestas, que tal vez era la más importante en términos numéricos: la represión del uso considerado como conducta ilícita o abiertamente delictiva.

En México, como en otros países de América Latina, había una visión más comunitaria adoptada por líderes religiosos, principalmente vinculados con la Iglesia católica, que a través de las

parroquias tenía una presencia capilar en las comunidades urbana, periurbanas y rurales. Al final de los años ochenta había grupos organizados vinculados con las parroquias y a las universidades de inspiración religiosa que trabajaban en aquello que en esa época era llamado desarrollo comunitario, inspirados por el pensamiento social de la Iglesia, los trabajos de Ezequiel Ander-Egg y la problemática del desarrollo de la comunidad.

El tratamiento comunitario se estaba desarrollando a partir de la presencia operativa en las comunidades facilitada por las redes parroquiales, por organizaciones que trabajaban con comunidades con un enfoque de prevención y simultáneamente en una ONG que manejaba una comunidad terapéutica, a medida que se extendía era posible entender cuáles eran las dificultades que surgían en el territorio y a nivel institucional. A nivel del territorio las dificultades consistían principalmente en crear una alianza con la comunidad tratando de entender el sentido de los procesos de estigmatización, marginación, exclusión de personas que consumían drogas (en mayoría jóvenes). A nivel institucional, en la comunidad terapéutica, se buscaba entender cuál era el proceso más eficaz para lograr los resultados esperados y cómo medirlos a nivel personal, es decir, como construir las dos fases más delicadas del tratamiento: la inserción en la institución (primera etapa) y la reinserción en la comunidad de vida (última etapa). Ya se había entendido que la dependencia de drogas no era una enfermedad física sino funcional y relacional. Entonces, la visión sanitarista era no solamente limitada sino limitante. Limitante sea en el marco conceptual, metodológico y también en los recursos financieros porque recibía la parte mayor de los recursos económicos para la atención a las adicciones.

El desafío no era tanto distanciarse de este tipo de respuesta sino encontrar una forma de trabajo que contemplara articulaciones, alianzas por medio de formaciones comunes, prácticas compartidas sin confundir roles, funciones ni responsabilidades.

E: A partir de sus experiencias en distintos países, ¿cuáles fueron las diferencias más relevantes en el trabajo comunitario según los territorios?

E.M.: De hecho, el tratamiento comunitario en su última versión es el resultado del trabajo de equipos de diez países⁷ de

⁷ Países que han participado en la construcción de la última versión del Tratamiento Comunitario, 2017 son: México, Costa Rica, Colombia, Brasil, Perú, Chile, Argentina,

América Latina y de casi cien prácticas con comunidades donde se mezclan equipos de organizaciones no gubernamentales, de instituciones del estado y de administraciones locales, universidades, redes no formales. Existe entonces una enorme riqueza constituida por las diferencias y las características de territorios, y por consecuencia de los dispositivos y de las prácticas, de los conceptos que se desarrollan. Esclarezco por esto el marco de mi respuesta. He observado que las formas del trabajo comunitario dependen de algunos factores que cruzan casi todos los países de América Latina y que después cada país o localidad compone a su manera, como si fueran notas de una melodía. Entre estos la presencia/ausencia del Estado y de políticas nacionales o por lo menos de un plan de acción sostenido en el tiempo; el nivel de descentralización o de territorialización de las políticas, el desarrollo y el protagonismo de organizaciones no gubernamentales, el protagonismo de las redes formales y no formales que surgen de las comunidades, la complementariedad entre procesos de arriba hacia abajo y procesos de abajo hacia arriba, la conciencia que las comunidades tienen de su condición frente a la vulnerabilidad y al sufrimiento social y de los factores que la producen; los recursos que las comunidades tienen, el papel que estos recursos tienen en las políticas del Estado y de la sociedad civil organizada, la posición de los gobiernos respecto a los derechos humanos fundamentales, la actuación de las fuerzas de policía, el protagonismo de las organizaciones religiosas, el protagonismo de la academia y de la evidencia científica.

226

Estos factores evidencian la necesidad de establecer formas de trabajo comunitario que articulen con las políticas del Estado o de las administraciones locales: las organizaciones de la sociedad civil lo hacen intencionalmente por razones de visibilidad de su capacidad profesional y arraigo en la comunidad, para construir y desarrollar una alianza con el Estado en una óptica de complementariedad y también para garantizar una sostenibilidad económica. Eso impacta la continuidad del trabajo comunitario en la medida en la cual, con frecuencia cuando cambia el gobierno nacional o local, cambian también las políticas, sus prioridades y las alianzas operativas en los

Bolivia, Uruguay, Paraguay. Los países que han participado en la construcción desde el inicio son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Haití, Bangladesh y Afganistán.

territorios. En esta forma el trabajo comunitario se articula por una visión en la cual la comunidad es un receptor de una intervención y la participación es una forma de adherencia a un programa que viene de arriba hacia abajo.

Otras formas de trabajo comunitario consisten, por ejemplo, en experimentar en un territorio estrategias *importadas* de otros países o construidas en instituciones de estudio y formación y que parecen prometedoras. He observado que en este caso las prácticas comunitarias consisten con frecuencia en proyectos conceptualmente de buena o muy buena calidad, mas también limitados en el tiempo y en los objetivos, con equipos no adecuadamente formados y acompañados, en los cuales la participación de la comunidad es considerada un recurso para el proyecto, aunque generalmente no exista la posibilidad, por razones de tiempo y de recursos, de medir resultados e impacto para la comunidad. La característica que me ha impresionado más de este tipo de prácticas es el nivel de innovación que introducen en el campo de trabajo que es generalmente alta; según la calidad académica de las universidades de pertenencia y del nivel de motivación de alumnas y alumnos.

227

Otra forma depende del desarrollo a partir de la comunidad local de respuestas a problemas concretos e inmediatos que paulatinamente transitan por una fase voluntarista y no formal hasta organizarse y asumiendo un estatus jurídico. Estas modalidades de trabajo comunitario promovido por líderes inicialmente no formales, viven de la participación ciudadana que, en las fases iniciales, es transversal y con fuertes matices democráticas, basada en los recursos no formales de la comunidad, caracterizada por un fuerte espíritu innovador que poco a poco se pierde o se transforma en la medida en la cual el aspecto formal se hace prevaleciente. La característica principal de estas prácticas es su alta flexibilidad y capacidad de adaptarse a las condiciones que existen en micro contextos comunitarios; con frecuencia son simultáneamente el indicador de la vitalidad de las comunidades y de la ausencia del Estado.

Estas modalidades no existen al estado puro y me parece que están profundamente influidas por la existencia o ausencia de políticas y planes de gobierno, por la riqueza de la sociedad civil en el territorio y por los niveles de conciencia que las comunidades tienen de sus condiciones de vida y de los recursos que tienen.

E: ¿Cuáles considerás que fueron los mayores logros del tratamiento comunitario?

E.M.: Respondo a esta pregunta casi haciendo un listado. Colocaría en primer lugar el hecho de haber puesto en el centro de la atención a las comunidades con dificultades (por presencia de actividades ilegales, explotación sexual, microtráfico de drogas, grupos de delincuencia organizada, economía no formal como forma de sobrevivencia, segregación geográfica y privaciones a servicios elementales) como actor de transformación y al concepto de comunidad como sistema de redes. El Modelo ECO² como marco de referencia conceptual y metodológico es el resultado de esta apuesta. Históricamente la comunidad era un lugar en el cual equipos institucionales o de organizaciones no gubernamentales desarrollaban actividades o estrategias, era un receptor de acciones, un espacio donde crear servicios, lugar percibido y representado por problemas y faltas. Sintetizando: la comunidad como territorio de misión.

Sucesivamente se sumó la época del *empowerment*, todavía existente, como si la pobreza coincidiera con ignorancia o incapacidad. Los recursos, la experiencia, el conocimiento venían desde afuera plasmados en la ciencia del trabajo social, en la generosidad y visión de las organizaciones no gubernamentales, de las redes de la iglesia, en la inteligencia de los constructores de las estrategias y de las políticas. El tratamiento comunitario inicialmente ha adoptado la perspectiva del *empowerment* para sucesivamente desarrollarse a partir del protagonismo de la comunidad, con sus recursos: humanos, culturales, arquitectónicos, relacionales, históricos, etc. El cambio desde una perspectiva de arriba hacia abajo hacia una de abajo hacia arriba ha sido paulatino y asumió una forma clara con la primera evaluación del tratamiento comunitario en los años 2005-2007. Esto se ha traducido en la práctica con el hecho de iniciar con las manos vacías, sin llevar nada, aparte nuestra presencia, y trabajar con aquello que ya existe, es decir construyendo relaciones, dicho de otra manera: iniciar aprendiendo.

Esto nos ha conducido paulatinamente a construir un dispositivo basado en redes de relaciones no formales entre personas. Esto significa, desde el punto de vista práctico y metodológico, que el papel del equipo es construir relaciones hasta ser parte de esas redes relacionales y de esos dispositivos comunitarios, iniciando con relaciones no formales y sólo después, formalizarlas. El dispositivo del tratamiento comunitario se basa inicialmente en relaciones amigables y de colaboración con personas, no en servicios, actividades, estrategias... sin excluirlas.

Ha sido un logro también reconocer que el actor y agente central del tratamiento comunitario no es el individuo sino la persona. La persona es el individuo con sus relaciones de amistad y las relaciones de amistad entre todos sus amigos, es una red pequeña, densa, es la base segura de cada persona, el lugar de su reconocimiento, el crisol social de su identidad. En el tratamiento comunitario se ha decidido considerar a la persona, que es el individuo y sus relaciones de amistad, basándose en las investigaciones de Dumbor, entre otros, sobre redes amicales, en la teoría de la influencia social y en el estudio de las relaciones de amistad y de su influencia en comportamientos de riesgo o protección.

De esta manera los dos actores principales del tratamiento comunitario son la comunidad y la persona, ambas constituidas por redes. También haber propuesto iniciar con redes no formales ha sido un desafío conceptual y metodológico: conjugar la teoría de redes y el método del análisis de redes sociales con la perspectiva de Bowlby y Pichón Rivière sigue siendo un rompecabezas, sin embargo, el camino está trazado.

Haber construido un marco conceptual y metodológico inicial a partir de redes no formales nos ha permitido también formular una teoría del cambio razonable. En efecto, desde el inicio de la formalización del tratamiento comunitario, cuando todavía no se llamaba así, gracias a Roberto Merlo, un colega de trabajo, se pensó enfocar el cambio comenzando por la transformación de las representaciones sociales del consumidor de drogas, del consumo en sí, de las drogas, etc. como sugería Moscovici, considerando que si cambian las representaciones sociales cambian también las relaciones y por consecuencias también las conductas, iniciándose así una espiral virtuosa de transformación. Esta perspectiva del cambio sigue vigente en el tratamiento comunitario.

En 1996, entonces con los equipos y las organizaciones de México, constatando por un lado la perplejidad del gobierno local y por otro lado la curiosidad de los funcionarios con los cuales trabajábamos, se hicieron dos pasos simultáneos. El primero fue adoptar a la reducción de daños como uno de los pilares del tratamiento y el segundo fue llamar tratamiento a todo el proceso desde la prevención primaria hasta la inserción social. Por un lado, se respetó el hecho que prevención es conceptualmente diferente de tratamiento, sin embargo, en el flujo a veces en apariencia caótico de la vida comunitaria que poco se parece al funcionamiento estructurado de las instituciones, cuando se trabaja a nivel de las

relaciones personales, las acciones de prevención modifican las relaciones de la misma manera que las acciones de tratamiento y viceversa en un entramado único, indistinguible, inextricable. Por otro lado, la tercera fase, es decir la fase de la reinserción social típica de los tratamientos en contextos cerrados o institucionales, desaparecía como fase y se transformaba en la tela de fondo de todo el proceso volviéndose participación social declinada en sus tres procesos: integración, inclusión, inserción.

Hay otro aspecto que, visto desde las organizaciones no gubernamentales de la época, ha sido innovador. En 1996 acontecieron tres hechos significativos: la formalización del tratamiento comunitario en tres ejes, tratamiento, formación profesional e investigación científica. La formación de los equipos se basaba en experiencias de campo (tratamiento) e investigaciones y produjo un impacto profundo en la conformación de los equipos en el medio de una guerra entre las personas que venían de la experiencia en el terreno, frecuentemente ex consumidores de drogas autodenominados *rudos* y los *técnicos*, personas formadas en escuelas y universidades. Aquello que contribuyó en crear alianzas fue el trueque entre saberes: los rudos tenían un conocimiento del terreno que los técnicos nunca hubieran podido alcanzar, y los técnicos tenían un conocimiento derivado de las investigaciones que los rudos nunca hubieran podido alcanzar a menos que no se volvieran técnicos, y muchos hicieron ese camino integrando las dos culturas. En aquellos años sabíamos que la pretensión de producir evidencia científica era un sueño, pero también sabíamos que sin producir evidencia científica no habríamos tenido la posibilidad de explicar a la comunidad científica y a la comunidad política el significado de lo que estábamos haciendo, y la validez y los límites de la propuesta. Aquello que hacíamos era innovador y ciertamente *bonito* pero de allí a producir una *buena* práctica el camino era largo. Los equipos recorrieron ese camino paso a paso: hay numerosas publicaciones, tres evaluaciones de los resultados, la primera en 2005-2007⁸ en el marco de la cooperación con UNESCO y la última con la cooperación de la Universidad Federal de Sao Paulo y el trabajo de doctorado de Raquel Barros que discutirá su tesis doctoral en agosto de este año.

230

⁸ Milanese, E. (2007). *Harm Reduction and Community Based Treatment of Drug Consequences. Evaluation: Process and Results (Final Report)*. Freiburg: UNESCO, Caritas Germany Unpublished document.

Mencionaría cuatro aspectos más. El primero es haber propuesto algunas modificaciones en el lenguaje profesional, como por ejemplo sustituir términos como adherencia con el término alianza, reconocer que el paciente o beneficiario es esencialmente un socio (*parcero*) y que trabajando en comunidad abierta a veces el profesional tiene más necesidad del paciente que el paciente del profesional. Con eso, como han ilustrado muy bien Raquel Barros y María da Gloria Lima en una publicación de 2020 se ha propuesto y consolidado seis cambios: un cambio de mirada (representaciones), un cambio en las relaciones, un cambio en el protagonismo de los procesos, un cambio en la complejidad de las acciones, un cambio en la complejidad de los dispositivos (relacionales) y un cambio en el discurso sobre el tratamiento comunitario. El segundo es haber introducido en la formulación conceptual y metodológica el respeto de los derechos humanos con una mirada hacia niñas, niños y mujeres. El tercero es haber cambiado la representación de las comunidades fuertemente vulnerables: en vez de considerarlas entidades sociales con problemas, con faltas, las hemos considerado con recursos y oportunidades. La última fase de este proceso de cambio ha iniciado en 2013/2014 y poco a poco está transformando la perspectiva del tratamiento comunitario. El cuarto es la creación de RAISSS (Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social) que articula redes nacionales en casi todos los países de América Latina.

231

E: ¿Cuáles han sido las tensiones, encuentros y desencuentros entre lo institucional, lo estatal y lo comunitario?

E.M.: La respuesta a esta pregunta es el resultado de la reflexión hecha con Raquel Barros, un trabajo a dos cerebros en realidad. Haber promovido la interconexión entre la sociedad civil organizada, las universidades y las instituciones de los Estados ha sido un propósito explícito desde el inicio del desarrollo del Tratamiento Comunitario, por esta razón las interacciones y colaboraciones han sido una de las características constantes en el desarrollo de estas metodologías. Esto ha acontecido en México, Costa Rica, Colombia, Brasil, Chile, Uruguay, Paraguay y Argentina. En algunos de estos países algunos de los elementos del Tratamiento Comunitario son parte de la política pública... y esto es un encuentro enorme para una propuesta nacida desde abajo.

Otro encuentro, que sin la alianza con el Estado no hubiera sido posible, fue poder trabajar en las cárceles y escuelas, y poder contribuir en la creación de servicios y en el diseño de políticas.

Un tercer encuentro, el último en orden de tiempo, ha sido la presencia del Tratamiento Comunitario como una de las propuestas de una política internacional representada por Copolad III, Acción 2.4 que ha visto la participación de 21 países de América Latina y del Caribe.

Un desencuentro histórico fue la reducción del daño, sin embargo, en eso estábamos en buena compañía con muchas otras organizaciones, en particular argentinas, mexicanas y brasileñas. Para algunos gobiernos en el principio no era una opción aceptable, sucesivamente constatando su utilidad práctica se adoptaron algunas estrategias de reducción del daño utilizando otras modalidades expresivas como por ejemplo *minimización* o *mitigación* u otras.

Otro desencuentro fue con el mundo de la represión policial, sin embargo, eso se ha transformado profundamente en el correr de los años y creo que una nueva cultura se está consolidando. Percibirse en dos lados opuestos de la historia no favorece progresos en este desafío. Sin embargo, en este caso el actor más importante es la política y puede suceder, a veces ocurre, que procesos que han tomado años de construcción de alianzas y confianza, que tienen un impacto positivo en el campo de trabajo, sean destruidos en pocos meses por un cambio repentino de política.

232

E: Si tuvieras que mencionar las deudas pendientes del tratamiento comunitario ¿cuáles considerás que son las más destacables?

E.M.: Me limito a las deudas que tienen que ver con el desarrollo de la propuesta. La primera es profundizar y tener más experiencias del tratamiento en redes no formales en comunidad abierta y contemporáneamente poder evaluar resultados, procesos e impactos. Haber considerado que uno de los sujetos del tratamiento comunitario es la persona (el individuo con su red subjetiva) ha sido un paso, mucho se ha hecho, queda mucho más por hacer sobre todo para evidenciar cómo las relaciones cara a cara en la vida cotidiana siguen teniendo valor y no son substituidas por las relaciones virtuales (social media) que tienen también un enorme impacto en la vida cotidiana de las personas.

La segunda es poder probar que el tratamiento comunitario tiene un impacto real en las comunidades en las cuales es implementado, por ejemplo, evaluando un cambio en la capacidad instalada, en particular la red subjetiva comunitaria. Esto no ha sido todavía posible por razones principalmente de tiempo y recursos económicos: se necesita poder estar presentes en diversas

comunidades por periodos de por lo menos cinco o seis años y eso es costoso.

La perspectiva de redes. Esta perspectiva existe en todo el tratamiento, sin embargo tiene niveles de conciencia diferentes. Por un lado, todos los equipos trabajan en redes, esto es inevitable, aunque todos ellos no tengan el mismo nivel de conciencia de que lo están haciendo y conocimiento de las herramientas. Decir que se trabaja en redes y tener conciencia y conocimiento de sus herramientas son dos cosas radicalmente diferentes y en el segundo aspecto hay una enorme heterogeneidad entre las culturas de los equipos. Usar las relaciones en red o las redes de relaciones todos lo hacemos, conocer como realmente e invisiblemente funcionan, eso es otro asunto. Aquello que hemos aprendido es que se necesita replantear los procesos formativos y de acompañamiento sea a nivel del tratamiento con personas que con comunidades.

Del punto de vista conceptual se ha hecho un trabajo de buen nivel, sin dudas, aquello que falta ahora es retomar muchos de esos conceptos, ver su coherencia y consistencia, cómo se traducen en prácticas, en experiencias de tratamiento.

233

E: ¿Cómo fue la experiencia del salto de implementar respuestas comunitarias desde las organizaciones sociales a tener que hacerlo como política pública desde el Estado, como fue el caso que llevaste a cabo en Argentina desde la SEDRONAR?

E.M.: También la respuesta a esta pregunta es el resultado de una reflexión conjunta con Raquel Barros.

En la colaboración con SEDRONAR el Tratamiento Comunitario fue el eje de una política del Estado. Una oportunidad única de experiencias, aprendizajes, alianzas. Entre los elementos que nos impactaron menciono solo algunos, de otra manera el cuento sería largo.

El primero fue la transición de escala. Tener 35 dispositivos comunitarios diseminados en todo el país y orientados por una única propuesta metodológica nos propuso un conjunto de desafíos. Uno de esto es que en Argentina el trabajo con comunidades tiene una historia larga que inicia en los años 50-60 con las propuestas de Mauricio Goldenberg enfocada en Servicios de Salud Mental Comunitaria que consistía en implementar prácticas clínicas en comunidades. En esos años también Enrique Pichón Rivière y José Bleger trabajan en esa misma dirección con una orientación psicoanalítica en la perspectiva de grupo. Desde los años 50 hasta mitad de los setenta existían

entonces experiencias de trabajo profesional en las comunidades y al mismo tiempo se estructuraba un conjunto de prácticas de trabajo social comunitario implementado por la red de la Iglesia y por organizaciones no gubernamentales. La pausa dramática del 1976 al 1983 no borró el tema de la comunidad ni de la mente de la comunidad científica y profesional, ni de las organizaciones que habían iniciado a trabajar en las comunidades. Después de 1983 políticas públicas e iniciativas de la sociedad civil que apostaran en dispositivos basados en la participación comunitaria florecieron. Por lo que concierne a las políticas públicas en Argentina, por ejemplo, se implementaron las Casas Educativas Terapéuticas, los Centros Preventivos Locales de Adicciones, los Puntos de Encuentros Comunitarios y el Programa de Apoyo a la Integración Sociolaboral. Si una cosa era cierta esa era que Argentina era un territorio de colaboración de saberes, de competencias y experiencias. El desafío era entonces articularse con la capacidad instalada por experiencias precedentes para reconocer, validar, fortalecer o crear nuevas.

Tratamiento comunitario se colocó desde el principio desde una perspectiva de abajo hacia arriba proponiendo prácticas que acontecían directamente en el territorio. De esta manera se ocupó el espacio/tiempo en el cual la política pensada conceptual y metodológicamente a nivel central y en términos genéricos, se tiene que traducir en prácticas con personas y territorios reales. No sé si logro explicarlo claramente: se trató de construir política de una política de estado. Esta política tomó algunas decisiones estratégicas como por ejemplo la creación de un grupo de tutores, las inmersiones formativas, el acompañamiento en el campo, el uso de herramientas de acompañamiento a la acción (diario de campo, hojas de primer contacto etc.) y de recopilación de informaciones para una evaluación de resultados, talleres de redes personales y de líderes de opinión etc.

Haber pensado en la construcción de un grupo de tutores que venían de la práctica de campo fue la materialización de una perspectiva de abajo hacia arriba, promoviendo organizativamente una visión de territorio, de comunidad con un grupo de trabajo que acompañaba a los equipos presentes en los territorios.

Las inmersiones formativas en las cuales se encontraban los equipos de territorio se basaban en el intercambio de experiencias y a partir de esas en la visibilización de dispositivos de trabajo, de orientaciones metodológicas y en la construcción de conceptos.

El acompañamiento en el campo por parte de los tutores y de los formadores mantenía la continuidad del proceso y contenía el

riesgo de la fragmentación de la política, riesgo derivado de la distancia geográfica de los equipos entre sí, de la dificultad de mantener una comunicación suficientemente continua, de las características peculiares de los territorios, de sus culturas, recursos y necesidades.

En el uso de herramientas de acompañamiento a la acción (diario de campo, hojas de primer contacto etc.) y de recopilación de informaciones para una evaluación de resultados se ha materializado la atención en la investigación. Permea todo el trabajo con una cultura de investigación ha sido una apuesta constante, aunque haya producido algunas dificultades del punto de vista del entrenamiento, de la articulación con la práctica de campo y la aceptación por los equipos.

Los talleres de redes personales y de líderes de opinión llevados a cabo con los equipos han abierto la reflexión sobre la posibilidad de utilizar efectivamente estas herramientas, como por ejemplo la relación entre amplitud de una red y su densidad, la distribución o concentración del poder en las redes y como poderla modificar, herramientas y conceptos que son útiles para entender lo invisible que organiza las redes personales y territoriales.

Eran formas a través de las cuales se salía de la práctica comunitaria para entrar en la política y luego regresar a la práctica. Así se construyó la política, pieza a pieza, concepto a concepto, estrategia a estrategia. De esta manera, por ejemplo, la cuestión del acceso a los servicios y procesos, la flexibilidad de las estrategias, la adaptabilidad a las dinámicas del territorio, la prontitud en las respuestas que no pueden esperar horas de atención, las brechas entre servicios, la necesidad de integrar respuestas en lugar de producir respuestas integrales, la relación micro/macro, fueron pensadas, ponderadas y traducidas en la práctica. Para el tratamiento comunitario como producto conceptual y metodológico fue una oportunidad inmensa, ¡esto sí!

E: Entre las modalidades de atención a las personas que presentan consumos problemáticos de drogas se encuentran las comunidades terapéuticas, y vos trabajaste muchos años en estos dispositivos, teniendo en cuenta tu amplia experiencia en ese tipo de respuesta ¿qué relación podrías establecer entre la modalidad de respuesta de tratamiento comunitario y las comunidades terapéuticas?

E.M.: Para responder a esta pregunta les cuento una premisa que he tenido en todos estos años y que sigo teniendo, llamémoslo prejuicio. Las prácticas nos enseñan cómo hacer las cosas y la ciencia nos enseña porqué las prácticas funcionan... cuando funcionan, el eterno diálogo entre abordaje empírico y científico. Por consecuencia, la innovación no viene de las prácticas sino de la ciencia, del método científico.

Y cuento dos hechos, uno personal y uno histórico. El hecho personal: cuando regreso de México a Italia en 1986 inicio mi actividad como psicólogo en una comunidad terapéutica en la cual me quedé durante dieciséis años. Era una CT fundada casi veinte años antes por un sacerdote salesiano con una perspectiva de fe religiosa, cultural y educativa con actividades bien organizadas en cada una de estas áreas. Había un lema que solía ser repetido: “solo dios salva” y la práctica religiosa no era obligatoria, más fuertemente sugerida y constituía uno de los criterios de evaluación de los procesos de rehabilitación. Allí constaté más de una vez como un adicto a la heroína pueda interrumpir el uso de droga de un día para otro sin ayuda médica o psicológica, solo con la cercanía relacional y un tratamiento digno, un programa cotidiano basado en actividades bien organizadas, quedarse en tratamiento por dos años sin nunca usar drogas y reincidir en el uso el día siguiente haber terminado el proceso. Y vi también que muchas otras personas no reincidían jamás después del tratamiento en comunidades terapéuticas. Aquello que me confundía era que no entendía porque esto sucediera y las teorías que explicaban todo no me convencían. Durante los dieciséis años el diálogo entre una perspectiva *salvífica* y una perspectiva *científica*, fue uno de los motores de la transformación del proceso de atención y de su reconocimiento político.

La segunda experiencia es un hecho histórico. El modelo y las prácticas de las comunidades terapéuticas tiene una historia antigua: en occidente inicia con Pitágoras en la antigua Grecia y nace como forma de resistencia hacia el cambio sociopolítico en Atenas. El primer ejemplo de comunidad terapéutica ya estructurada como forma de ayuda es de Basilio en el siglo IV D.C. En este modelo ya existían aspectos organizativos bien estructurados. Sucesivamente en el siglo sexto tenemos a Benito de Norcia que codifica la vida de los monasterios que garantizaron la difusión del cristianismo, de la cultura y de la ciencia hasta nuestros días. Algunos elementos de la estructura son: un jefe carismático, un marco ideológico claro (que puede ser la geometría o la fe), un método fundado en la modelación (Bandura fue

anticipada por Tomas de Kempis en el 1300, es decir setecientos años antes), un dispositivo de encierro (el monasterio o las escuelas pitagóricas), un sistema de reglas que organizaba en detalle la vida cotidiana y un proceso de formación por los *operadores*... Las colonias de los leprosos de la baja edad media (casi 19.000 en Europa), tenían este modelo y fueron uno de los puntos de partida para el desarrollo de aquello que hoy llamamos hospitales (de huésped y hospitalidad obviamente). Entonces cuando hablamos de comunidad terapéutica nos referimos a una realidad histórica, a una verdadera política que ya tenía 2500 años de prácticas y millones de personas atendidas, antes que la ciencia comenzara a ocuparse de esto de manera sistemática.

Actualmente las realidades llamadas comunidades terapéuticas son decenas de millares y he tenido la posibilidad de ver algunas de ellas en 27 países en África, Europa, Asia, América Latina y Oceanía, algunas en garajes de 300 metros cuadrados, donde residen 50 personas que no salen de allí durante meses, con un solo baño, sin ventiladores en los veranos tórridos; otras en las cuales los farmacodependientes tienen cepos en sus pies; otras en las cuales se encuentran amplios espacios para descansar, algunas que tienen un equipo, otras tienen solo un responsable, otras que son altamente profesionalizadas, otra en las cuales solo la fe salva, otras en las cuales fe y ciencia tratan de dialogar y aliarse, algunas, pocas, que se alían con instituciones científicas o las promueven desde adentro... y podría seguir describiendo diferencias en este universo inmensamente heterogéneo. Por eso, hablar de comunidades terapéuticas es adentrarse en un universo donde la palabra complejidad se queda corta.

Y ahora la segunda parte de la pregunta: relación entre tratamiento comunitario y comunidades terapéuticas. Comunidades terapéuticas en las cuales hay un seguimiento profesional (no importa que estos profesionales hayan sido dependientes de drogas o víctimas de exclusión grave, haber vivido la experiencia de las drogas, conocer personalmente el camino de la recuperación y su dolor es un recurso para un equipo profesional), es decir, personas que sean formadas por lo menos en aspectos sociológicos, educativos, psicológicos psiquiátrico con una perspectiva cultural integradora, respetuosas de los derechos humanos fundamentales de las personas, con perspectiva de género, que cuentan con una supervisión externa independiente, son un aliado fundamental del tratamiento comunitario, como lo son todos los servicios profesionales incluidos en las políticas de los gobiernos.

Tratamiento comunitario es uno entre los nodos en una amplísima red de propuestas. Y en un contexto democrático es tarea del gobierno establecer criterios, reglas, estándares permitiendo y favoreciendo prácticas innovadoras basadas en evidencias científicas ampliamente debatidas. Y entonces ¿por qué el tratamiento comunitario? Porque existen millones de personas que nunca acudirán a una comunidad terapéutica o serán atendidos por un servicio, porque no es necesario separar a las personas de su familia, de sus raíces, de su historia y hacer que renuncien a su identidad por razones ideológicas prometiendo otra dependencia encubierta de autonomía. Estudiando el Boletín Estadístico del EMCDDA de años 2006-2009 sólo el 2,9% de los consumidores de drogas que necesitan tratamiento piden efectivamente ayuda, la situación mejora en el 2015 cuando estos son alrededor del 20% y el 62% de estos piden ayuda por haber reincidido después del tratamiento. Para ese 80% que nunca acudirá a servicios o que dejará de acudir después de haber reincidido ha nacido el tratamiento comunitario.

La lección aprendida es que nuestra ética profesional nos impone la conciencia de nuestros límites y la responsabilidad de nuestras acciones. Y con esto mi emoción y reconocimiento para todas las mujeres y hombres que con profesionalidad y respeto se dedican a esta labor, como trato de dedicarme también desde casi cuarenta años.

238

E: ¿Cuáles enfoques o estrategias consideras que hoy ya no tienen relevancia o dejaron de ser útiles?

E.M.: Mencionaría cinco. La primera es construir o proponer políticas o metodologías que tengan como finalidad lograr un mundo sin drogas, sin otro comentario. La segunda es la guerra contra las drogas, que nunca fue útil, y que sin embargo sigue, habiendo cambiado de piel y de blancos. A veces por ejemplo el énfasis que se está poniendo en el microtráfico que envenena la vida de las comunidades, sobre todo en las periferias urbanas, a pesar de la atención en los derechos humanos por parte de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en esto y a veces de las instituciones de gobiernos, y a pesar de experiencias piloto prometedoras, ha escogido como blanco a las micro economías locales y a las personas que de esto viven: los anillos más frágiles y visibles de la infinita cadena que alimenta la demanda de drogas. La tercera es pensar en enfoques que no consideren los derechos fundamentales de las personas, como por ejemplo el tratamiento obligatorio. La cuarta son los enfoques que se

presentan como resolutivos, como panaceas: la visión médica sanitarista, por ejemplo, la visión y las práctica psicológica tecnicista, los abordajes basados en conversiones religiosas, sin desconocer el valor de la medicina, de la psicología, de las religiones. La quinta es un enfoque, una visión: descartaría toda estrategia que no considere las buenas prácticas que ya existen en las comunidades y que no busque la forma de interactuar con ellas.

E: ¿Y cuáles enfoques o estrategias incipientes considera que tienen potencial?

E.M.: La respuesta a esta pregunta es el resultado de una reflexión con Raquel Barros.

La situación actual en el mundo y particularmente en América Latina está llena de posibilidades y oportunidades, debemos aprovecharlas y existen recursos para lograr resultados y producir transformaciones significativas. Es un contexto poderoso, fecundo, lleno de vida. Respondería entonces a esta pregunta siguiendo dos caminos diferentes, por una parte, el camino de las prácticas que van tomando forma y por otro el de la elaboración de un nuevo pensamiento, ambos necesarios para que las prácticas no sean ciegas y los pensamientos sin raíces.

239

Por lo que concierne el camino de las prácticas fortalecería el trabajo desde muy abajo, desde los territorios observando cómo éstos enfrentan sus necesidades, quién, cómo y cuáles son las respuestas que encuentran, como a partir de estas respuestas se organizan redes que producen otras respuestas, otros actores. Un buen ejemplo muy actual podría ser representado por la economía del cuidado que es una práctica que se encuentra en todas las comunidades con estilos y formas diferentes y que cruza todas las edades, en particular la infancia y la vejez. Es una estrategia que tiene un impacto en la vida económica, en las relaciones sociales, en las dinámicas comunitarias. Partiendo de este fenómeno, o de otros como son las redes de autocuidado en salud, se pueden también explorar las estrategias de salud social en particular integrando los determinantes sociales de la salud con los determinantes saludables de lo social, articulando salud pública e integración social. Este tipo de estrategias de trabajo ya presente en las comunidades necesitan ser visibilizadas, estudiadas, validadas de manera que puedan ser diseminadas y constituir un capital económico, cultural, social, simbólico para territorios enteros y países también. En esa perspectiva sé que hay mucho potencial, se

están invirtiendo energías de personas y de las redes que se inspiran en el Tratamiento Comunitario.

El segundo camino me lleva a por otro lado: es una reflexión y una propuesta práctica que se conecta con la respuesta a la primera pregunta. Me encuentro en la misma situación en la que me encontraba a principios de los años noventa del siglo pasado, tenía cuarenta y tantos años, un doctorado en el bolsillo, alguna experiencia en el campo, muchas lecturas, pocas cosas, canicas en los bolsos de un niño. No cuento los años que han pasado desde entonces, han sido como un soplo de vida y me encuentro un poco como entonces, con la sensación y el deseo de empezar de nuevo.

E: Si empezaras de nuevo, ¿qué mantendrías y qué harías distinto?

E.M.: Empezar de nuevo a pensar en un modelo ECO no sé exactamente con cual exponente: ¿uno, tres, cinco, siete, once, trece, diecisiete? Un modelo ECO que se fortalezca en la colaboración entre personas y redes, redes de personas que se encuentran en la vida cotidiana cara a cara o virtualmente, considerando que también lo virtual es *real* en una especie de superposición de estados.

Esta vez lo haría diferente porque los tiempos y los contextos son otros, lo que mantendría sería el punto de partida: la comunidad, sabiendo que necesitaría nuevos conceptos que no tengo y la participación de todos sus actores ya sean *rudos* o *técnicos* que ciertamente existen en el interior del grande capital social y cultural producido por el tratamiento comunitario. ¿Cómo lo haríamos? Recogeríamos a todas las experiencias realizadas en el campo, los marcos teóricos y conceptuales, los resultados, los escritos filosóficos sobre la comunidad, las investigaciones sociológicas, antropológicas, etnográficas, las que vienen de la clínica médica y psicológica, las narrativas culturales sobre las drogas, las expresiones y experiencias artísticas en la literatura, la música, la poesía, la moda, la arquitectura, las artes figurativas, el cine, las redes sociales y luego le pediríamos a la inteligencia artificial generativa que respondiera la pregunta que me hiciste.

Tengo la impresión de que, aunque la pregunta esté formulada de forma sencilla, se refiera a un universo tan complejo que mi cerebro no puede responderla por sí solo, como no lo pudo hacer hace casi cuarenta años atrás; las respuestas fueron generadas por todas las personas que dedicaron sus conocimientos, su deseo, su tiempo y

entusiasmo a lo largo de los años. No soy capaz de responder a tu pregunta es demasiado compleja. La inteligencia artificial generativa, que mejor llamaría inteligencia alienada en el sentido literal de la palabra, aunque totalmente incapaz de tener conciencia y responsabilidad del impacto de lo que propusiera, sin duda lo haría mejor que lo que mi cerebro podría hacer. Y después de haber obtenido su respuesta escucharía a las personas, aquellos que tienen 10 años y que no tienen memoria y aquellos que tienen noventa y que la han perdido, aquellos que vienen del todo y aquellos que vienen de la nada, los rudos y los técnicos y escucharía todo aquello que su conciencia nos puede decir, porque si la inteligencia artificial está alienada, la conciencia de la responsabilidad solo es humana.