

Trayectorias de tratamiento de personas usuarias de pasta base/paco en villas de la ciudad de Buenos Aires. Análisis desde la perspectiva interseccional

Ana Laura Azparren

Introducción

Desde principios del nuevo milenio, el consumo problemático de drogas –particularmente de pasta base/paco¹– se convirtió en una de las principales preocupaciones de quienes viven y trabajan en villas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). A las históricas dificultades de esos barrios –hacinamiento, precariedad de las viviendas, falta de servicios básicos, contaminación ambiental y estigmatización social, entre otras– se sumaron nuevas problemáticas vinculadas al consumo y comercialización de una sustancia altamente nociva para la salud: la pasta base/paco.

1 La pasta base de cocaína (comúnmente denominada “paco”) es una sustancia que se produce en el proceso de transformación de las hojas de coca en clorhidrato de cocaína, y contiene distintas sustancias adulterantes como querosén, alcohol metílico y ácido sulfúrico (Touzé, 2006). Se trata de un polvo de color blanco amarillento y de consistencia pastosa que se consume fumado en pipas o mezclado con otras sustancias como tabaco. El uso prolongado o intensivo de esta sustancia genera graves consecuencias sobre la salud: quemaduras en los labios y manos, deterioro neurológico e intelectual, alteraciones pulmonares y cardíacas y pérdida de peso (OAD/SEDRONAR, 2012).

En virtud de ello, desde mediados de la década de 2000 distintas organizaciones e instituciones que realizaban tareas de asistencia social en las villas –iglesias, organizaciones sociales, comedores, clubes deportivos– comenzaron a desarrollar respuestas específicas para abordar esta problemática. Entre éstas se encuentra el programa Hogar de Cristo, creado en 2008 por el Equipo de Sacerdotes para la Pastoral de las Villas de Emergencia de la Arquidiócesis de Buenos Aires –conocidos popularmente como “curas villeros”–.

El programa Hogar de Cristo de CABA cuenta actualmente con diecinueve centros barriales localizados en –o próximos a– villas y barrios vulnerabilizados, diez hogares para personas en situación de calle, cuatro granjas de tratamiento, decenas de “casitas amigables”, ocho dispositivos específicos para la atención de colectivos particularmente vulnerabilizados –personas con consumo de pasta base/paco y en conflicto con la ley penal, con enfermedades infectocontagiosas y/o con patologías psiquiátricas, personas trans con problemáticas de consumo–, cuatro dispositivos para infancias y adolescencias con consumos problemáticos y una cooperativa de trabajo de “Acompañantes de Usuarios de Paco” (AUPA). Desde estos distintos dispositivos, el Hogar de Cristo brinda atención y acompañamiento diario a cientos de personas con consumo de pasta base/paco en la ciudad de Buenos Aires.

En este capítulo analizamos las trayectorias de tratamiento para el consumo de drogas de varones y mujeres (cis y trans)² que concurren al programa Hogar de Cristo, desde la perspectiva de la *interseccionalidad política* desarrollada por Kimberlé Crenshaw (1991). Esta perspectiva nos permite analizar cómo las respuestas –en este caso, terapéuticas– que se centran únicamente en una dimensión de la desigualdad, excluyen a aquellas personas y/o grupos cuya situación de vulnerabilidad responde a la imbricación de diversos sistemas de opresión.³

El capítulo se estructura de la siguiente manera. En primer lugar, presentamos la estrategia metodológica de la investigación. En segundo

2 Las mujeres y varones *cis* son aquellas/os cuya identidad de género se corresponde con la asignada al momento de nacer por las instituciones biomédicas y familiares. El término *trans*, refiere quienes se identifican con un género distinto al asignado al nacer. Como señala Mauro Cabral (2009), este régimen semántico permite equiparar las vivencias de hombres y mujeres –cissexuales– con la de hombres y mujeres –transexuales– como experiencias marcadas.

3 La autora utiliza esta perspectiva para analizar las respuestas brindadas por casas de acogida para mujeres víctimas de violencia de género en Los Ángeles, Estados Unidos. Como señala Crenshaw (1991), al no tener en consideración la discriminación racial o la condición legal de las mujeres, las políticas contra la violencia de género muchas veces terminan excluyendo a las mujeres negras o migrantes, reforzando así las condiciones de desigualdad.

lugar, describimos la estrategia de análisis centrada en la perspectiva interseccional. En tercer lugar, analizamos las trayectorias previas de tratamiento de quienes se encuentran actualmente en el programa Hogar de Cristo. Para ello, indagamos las barreras para la *accesibilidad ampliada* en relación a los distintos tratamientos realizados, es decir, las dificultades encontradas señaladas por las personas entrevistadas para acceder a ellos y para sostenerlos o finalizarlos. En cuarto lugar, presentamos las características que favorecen la *accesibilidad e integralidad* de los dispositivos desarrollados por el Hogar de Cristo, así como los motivos que nos permiten afirmar que este programa tiene en consideración –sin proponérselo explícitamente– la *interseccionalidad* de las desigualdades sociales. Finalmente concluimos que, al no tener en consideración las desigualdades interseccionales que atraviesan las trayectorias biográficas de las personas con consumos problemáticos de drogas en villas de la ciudad de Buenos Aires, la gran mayoría de los centros de tratamiento –principalmente las comunidades terapéuticas– contribuyen a reforzar dichas desigualdades, excluyendo de sus respuestas a personas atravesadas por distintas situaciones de vulnerabilidad.

Estrategia metodológica de la investigación

En este capítulo presentamos algunos de los resultados obtenidos a partir de un trabajo de campo realizado entre los años 2015 y 2019 en el marco de dos proyectos colectivos⁴ en seis dispositivos –todavía vigentes– pertenecientes al Programa Hogar de Cristo, localizados en villas de la ciudad de Buenos Aires: los centros barriales San Alberto Hurtado (villa 21-24, Barracas), Padre Mugica (villa 31 bis, Retiro), Don Bosco (Barrio Charrúa, Bajo Flores), San Francisco y Santa Clara (Barrio Rivadavia I, Bajo Flores), Juan Pablo II (Barrio Ramón Carrillo, Villa Soldati) y el Hogar Santa María (villa 1-11-14, Bajo Flores). Utilizamos una estrategia metodológica mixta

4 Se trata del Proyecto PICT “Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)”, dirigido por Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo y Daniel Jones; y el Proyecto SMS 1207 “Estudios pilotos en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo-contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay”, de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA). Los resultados de ambos proyectos quedaron plasmados en la tesis doctoral de la autora, titulada “Del consumo al cuidado. Trayectorias de personas usuarias de pasta base/paco en villas de la Ciudad de Buenos Aires. Análisis desde una perspectiva interseccional” (2021), aún no publicada.

que combinó la aplicación de encuestas con la realización de entrevistas semiestructuradas y observaciones participantes en los distintos dispositivos seleccionados.

En primer lugar, realizamos 150 encuestas a mujeres y varones –cis y trans– mayores de 18 años, usuarios/as o exusuarios/as de pasta base/paco que concurrían con distinta periodicidad a dichos dispositivos. La muestra fue intencional no probabilística y la distribución estuvo vinculada con la disponibilidad y accesibilidad en cada centro, así como con la cantidad de personas que asisten diariamente a cada uno. Las encuestas indagaron sus características sociodemográficas, sus prácticas de consumo de drogas y sus trayectorias de tratamiento –tratamientos previos, razones de su abandono o finalización, forma de acceso al dispositivo actual y expectativas con el dispositivo en el que se encuentra–. Las 150 encuestas fueron editadas y sistematizadas a través del programa de análisis cuantitativo SPSS (versión 17.0).

En segundo lugar, realizamos durante estos años observaciones participantes en los espacios comunes de estos dispositivos –patio, comedor, cocina, salón de juegos– en distintos momentos y actividades –reuniones de los equipos de trabajo, grupos terapéuticos de las personas que asisten, talleres artísticos, almuerzos, partidos de fútbol, etc.–. Las observaciones fueron registradas en notas de campo, incluyendo la fecha, el centro, las interacciones, las conversaciones informales, la distribución de los espacios y de la palabra, las charlas, la música, y las sensaciones y reflexiones de la autora. Las notas fueron tomadas en un cuaderno y luego transcritas en un archivo Ms Word. El corpus quedó conformado por un total de cuarenta y dos notas de campo, clasificadas según dispositivo y fecha.

Por último, realizamos doce entrevistas semiestructuradas a referentes de estos dispositivos –sacerdotes, coordinadoras/es, profesionales– y veinticuatro entrevistas en profundidad a mujeres y varones –cis y trans– que concurren a estos centros por presentar consumo problemático de drogas. Las entrevistas a quienes concurren al programa indagaron su historia familiar y social, la trayectoria habitacional, educativa y laboral, las principales problemáticas de salud, las situaciones de violencia sufridas o ejercidas, las relaciones sexo-afectivas, las experiencias de maternidad/paternidad, los motivos y sustancias de inicio en el consumo de drogas, las experiencias durante el consumo de drogas, las trayectorias de tratamiento previas, las formas y motivos de acercamiento a los centros y sus expectativas para el futuro. Todas las entrevistas fueron transcritas y luego codificadas mediante la utilización del programa para análisis cualitativo Atlas.ti.

De esta forma, el corpus analítico quedó conformado por un total de 150 encuestas, 42 registros de observación y 36 entrevistas. Del total de personas encuestadas (n=150) el 79,3% son varones, el 18,7% son mujeres y el 2% se definen como mujeres trans. Para la selección de las personas a entrevistar se procuró una distribución equitativa en términos de género para poder analizar las trayectorias diferenciales que presentan varones y mujeres en relación a sus experiencias de consumo y de tratamiento. Así, la muestra final de las entrevistas en profundidad quedó conformada por un total de trece mujeres (doce cis y una trans) y once varones (en todos los casos cis). En relación a la edad, las personas encuestadas y entrevistadas tienen 18 años o más. La edad media de las personas encuestadas fue de 30 años y la edad máxima, 55 años.

Durante todo el desarrollo del trabajo de campo tomamos los resguardos éticos necesarios para preservar el anonimato de las personas que participaron de las distintas instancias, así como la confidencialidad de sus respuestas. Previo a la realización de las encuestas o entrevistas, leímos y entregamos a cada participante un consentimiento informado en el que se explicaba brevemente, con lenguaje accesible y adecuado, el marco institucional, los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de la participación y las condiciones de anonimato y confidencialidad de los datos recogidos. Los nombres de las personas entrevistadas fueron modificados a fin de evitar su identificación. Los consentimientos informados y las guías de preguntas fueron avalados por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC).

La perspectiva interseccional como estrategia de análisis

La interseccionalidad constituye una perspectiva teórica y epistemológica que permite poner en relación distintas dimensiones de la desigualdad social. Parte del supuesto de que la realidad social es compleja, por lo que su análisis no puede reducirse a una sola categoría de diferenciación social –como el género, la clase o la orientación sexual–, sino que debe contemplar las distintas dimensiones en su interrelación. La interseccionalidad refiere a:

la imposibilidad de analizar una dimensión de la desigualdad aislada de las otras, ya que se no se trata de efectos aditivos (desigualdad de clase que se suma a la de género, a la de edad y a la étnica, por ejemplo) sino que se trata de una articulación compleja, de una configuración. (Jelin, 2014, p. 32)

El término interseccionalidad –*intersectionality* en inglés– fue acuñado por la abogada feminista afroestadounidense Kimberlé Crenshaw en 1989, con el objetivo de dar cuenta de la invisibilidad jurídica de las múltiples dimensiones de opresión experimentadas por las trabajadoras negras en Estados Unidos. Si bien el concepto data de 1989, la idea de múltiples sistemas de opresión entrelazados antecede a la propuesta de Crenshaw. Como señala Mercedes Jabardo (2012), lo que desde el feminismo postmoderno se ha denominado teoría de la interseccionalidad, se encuentra en la base genealógica del feminismo negro afroestadounidense. En efecto, ya en la década de 1970, el Colectivo del Río Combahee (1977) de mujeres negras lesbianas y, luego, autoras como Angela Davis (1981), bell hooks (1981) y Patricia Hill Collins (1991) analizaron la interrelación de las dimensiones de clase, género y raza en las experiencias de las mujeres negras.

En América latina, la perspectiva interseccional se desarrolló desde principios del nuevo milenio, principalmente, dentro del feminismo decolonial. Esta corriente retoma y profundiza la propuesta teórica de la interseccionalidad al articular el enfoque feminista con la teoría decolonial de Aníbal Quijano (2000). Para María Lugones (2008) el discurso colonial no solo estratifica a la sociedad en función de la idea de raza y clase social, sino que también lo hace en función del género y la sexualidad. La autora introduce el concepto de *colonialidad de género* para dar cuenta de la matriz de opresiones que organiza las relaciones de dominación a nivel global, a partir de un proceso de colonización que se mantiene hasta la actualidad (Lugones, 2008; 2012; Espinosa Miñoso, 2014; Curiel, 2014).

Los estudios empíricos realizados desde una perspectiva interseccional son todavía escasos en nuestra región (Roth, 2013). Como señala Mara Viveros Vigoya (2016), mientras que en Estados Unidos el feminismo negro se concentró en el análisis de las intersecciones entre género y raza, en América latina se ha hecho foco en el cruce entre clase social y género. En la revisión bibliográfica encontramos tres grandes ámbitos donde la perspectiva interseccional se encuentra más desarrollada en América latina: los trabajos sobre género y migraciones (Piscitelli, 2008; Mallimaci Barral, 2013; Magliano, 2015; Matossian, 2016), las investigaciones sobre violencia contra las mujeres (Muñoz Cabrera, 2011) y los estudios sobre sexualidades (Viveros Vigoya, 2015; Fournier-Pereira, 2014; Menjivar Ochoa, 2016; Azparren, Guevara & Jones, 2022).

En relación a las respuestas terapéuticas a los consumos problemáticos de drogas, en los últimos años se han realizado una gran cantidad de estudios, aunque ninguno desde una perspectiva de análisis interseccional. Un trabajo pionero en el análisis de las respuestas a los consumos

de drogas desde la perspectiva de las personas usuarias fue el realizado por Ana Lía Kornblit, Ana María Mendes Diz y Azucena Bilyk (1992) y por Kornblit (2004). Por otro lado, una gran cantidad de estudios han indagado las distintas barreras para la accesibilidad a centros de tratamiento de los consumos de drogas (Vázquez, 2009; 2010; 2013; Vázquez & Romani, 2012; Rossi, Pawlowicz & Zunino, 2007; Pawlowicz, 2010; Ramírez, 2015). Más recientemente, se destacan los trabajos que hacen foco en los procesos de transformación subjetiva o conformación de individualidad en distintos centros, principalmente en comunidades terapéuticas (Bianchi & Lorenzo, 2013; Garbi, Touris y Epele, 2012; Grippaldi, 2013; Güelman, 2019). Por último, otro conjunto de trabajos ha indagado en las características específicas que asumen los tratamientos religiosos o espirituales de los consumos de drogas (Pawlowicz, Galante, Rossi, Goltzman & Touzé, 2010; de Ieso, 2012; Camarotti, Jones & Di Leo, 2017; Camarotti, Güelman & Azparren, 2018; Algranti & Mosqueira, 2018).

En este sentido, observamos una vacancia en el cruce entre perspectiva interseccional, consumos de drogas y respuestas terapéuticas en Argentina. Como señalan María Luisa Jiménez Rodrigo y Raquel Guzmán Ordaz:

el enfoque interseccional [intersectionality] resulta idóneo para poder atender a esos otros ejes de desigualdad –fundamentalmente clase social, edad, orientación sexual, raza y etnia– que en interacción con el género operan en el acceso, usos y repercusiones de las diferentes drogas. Sin embargo, la incorporación de este enfoque en los estudios sobre drogas es todavía limitada (2012, p. 80).

En virtud de ello, en este capítulo nos proponemos analizar las trayectorias de tratamiento de personas usuarias de pasta base/paco desde una perspectiva interseccional, atendiendo a cómo las distintas dimensiones de la desigualdad se cruzan e impactan en ella.

Trayectorias previas de tratamiento: barreras para la accesibilidad ampliada

Entendemos la *accesibilidad ampliada* como la relación que se establece entre los sujetos y los servicios de salud –en este caso, aquellos que brindan respuestas a los consumos problemáticos de drogas–, que abarca no solo el ingreso a ellos, sino todo el proceso de atención (Comes et al., 2007). Como señalan Alejandra Barcala y Alicia Stolkiner (2000), la incorporación de la perspectiva de las personas usuarias resulta fundamental

para dar cuenta de los factores que favorecen o, por el contrario, dificultan el acceso de las personas a los servicios de salud.

La accesibilidad de personas con consumos problemáticos de drogas a los servicios de atención ha sido ampliamente indagada, principalmente a partir de estudios que contemplan la perspectiva de las/os trabajadoras/es de la salud (Rossi, Pawlowicz & Zunino, 2007; Vázquez & Stolkiner, 2009; Vázquez, 2013), los procesos de estigmatización social que recaen sobre las personas con consumos de drogas (Vázquez, 2006; Vázquez & Romani, 2012; Ramírez, 2016) y las barreras de género en el acceso a los tratamientos (Parga, 2006). María Epele (2007) analiza desde la perspectiva de las/os usuarias/os de drogas de barrios marginalizados del AMBA la construcción de una *lógica de la sospecha* respecto a las instituciones de salud, que constituye una barrera de acceso a ellas. Para la autora, esta lógica incluye:

un conjunto complejo y variado de prácticas simbólicas: la desconfianza, la duda, la sospecha, el deslizamiento y la inversión del significado en la lectura de los mensajes, y la producción de elaboraciones y teorías sobre los orígenes de los malestares, enfermedad y muertes (Epele, 2007, p. 153).

En el trabajo de campo realizado encontramos que seis de cada diez personas encuestadas realizaron un tratamiento en un centro distinto al Hogar de Cristo en algún momento de su vida, la gran mayoría en comunidades terapéuticas pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil.⁵ Sin embargo, esa proporción se reduce al 16% cuando se les consulta por los tratamientos realizados en el último año antes de ingresar al Hogar de Cristo, que es cuando presentaban un consumo más intensivo.⁶ Ello refleja que en los momentos de mayor intensidad del consumo de pasta base/paco es cuando más difícil le resulta a esta población acceder a un tratamiento que se encuentre alejado del territorio donde tiene lugar el consumo –en el caso de las personas entrevistadas, las villas de

5 En la mayoría de los casos, estos tratamientos fueron financiados por la SEDRONAR a través de becas individuales. Como señalan Daniel Jones y Santiago Cunial (2017), el Estado delega parcialmente en organizaciones de la sociedad civil las tareas de abordaje de los consumos de drogas, en tanto éstas son vistas como poseedoras de recursos institucionales y simbólicos que les permitirían intervenir mejor sobre la problemática. En efecto, las respuestas estatales, como los centros provinciales de adicciones de la provincia de Buenos Aires o el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, fueron escasamente nombradas por las personas encuestadas al ser consultadas por sus trayectorias de tratamiento.

6 El 60% de las personas encuestadas refirió que en el mes anterior a concurrir al Hogar de Cristo presentaba un consumo diario de pasta base/paco, mientras que un 25% utilizaba esta sustancia entre una y varias veces por semana.

la ciudad de Buenos Aires—. La localización geográfica de los centros de tratamiento constituye así una dimensión fundamental para analizar su accesibilidad. Cuanto más alejados de los lugares de consumo se encuentran, más difícil resulta para la población en situación de vulnerabilidad y consumo acceder a ellos. Esto se ve reforzado por la falta de soportes afectivos y familiares que acompañen a estas personas en la búsqueda de una respuesta a su consumo de drogas, y por la ausencia de recursos económicos que favorezcan el traslado desde el lugar de consumo al espacio de tratamiento.

A las barreras geográficas, afectivas y económicas señaladas se les suman las de carácter burocrático: la gran cantidad de trámites que deben realizar las personas para poder realizar un tratamiento de internación en una comunidad terapéutica. En primer lugar, se les exige que cuenten con documento nacional de identidad (DNI). Sin embargo, una de cada cuatro personas no contaba con DNI al momento de la encuesta. Como señala uno de los entrevistados:

En la comunidad, si no tenés documento, no entrás... y si vos sos de la calle [estás en situación de calle], ¿Cómo hacés para hacerte documento si no estás en un lugar como éste [el Hogar de Cristo]? (Omar, 42 años)

Por otro lado, otro de los requisitos para ingresar es realizarse estudios médicos previos –en la mayoría de los casos, estudios de sangre y radiografías de los pulmones—. El 97% de las personas encuestadas depende exclusivamente del sistema público de atención, lo que implica que tengan que esperar mucho tiempo para poder conseguir un turno médico y realizarse los controles de salud que les exigen las comunidades terapéuticas para ingresar. Esto se ve reforzado por la desconfianza que tienen en general respecto de los servicios de salud en virtud de la *lógica de la sospecha* a la que aludimos previamente, lo que genera que muchas veces se resistan a concurrir a ellos para realizarse los estudios correspondientes. En efecto, muchas de las personas entrevistadas señalaron que no se acercan a los hospitales o centros de salud por temor a ser discriminadas o sufrir represalias por su situación de consumo.

Por otro lado, la alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas en esta población,⁷ como la tuberculosis (TBC), genera su exclusión

7 De las 150 personas encuestadas catorce refirieron tener VIH (9% de la muestra), doce tuvieron diagnóstico positivo de TBC (8%), cinco personas han tenido diagnóstico positivo de hepatitis B o C (3%), y siete afirmaron padecer alguna otra enfermedad de transmisión sexual, principalmente sífilis o gonorrea (5%).

de las instituciones de tratamiento. Como señala una de las personas entrevistadas:

Si vos tenés un pibe con tuberculosis, la peleás... si no contagia, el médico te tiene que poner la firma y la matrícula, autorizando, diciendo “tal paciente no contagia, puede entrar a una comunidad [terapéutica]”. Pero si el médico no hace nada, al pibe lo tenés que tener o en la calle... o tenés que tenerlo internado [...] En una comunidad, si tenés tuberculosis, no te van a aceptar [...] Yo creo que el Estado tendría que tener un lugar especial para eso también, ¿entendés? [...] Yo creo que en todas las comunidades [terapéuticas] tendría que haber un lugar especial para eso (Omar, 42 años).

Como se desprende de las encuestas, de las doce personas con diagnóstico positivo de TBC sólo una realizó un tratamiento por su consumo problemático de drogas en el año anterior a ingresar en el Hogar de Cristo, lo que da cuenta de las dificultades de esta población para acceder al cuidado de su salud en los momentos en que más lo necesita. En efecto, la situación de calle y de consumo agrava la problemática que genera la TBC, en tanto resulta muy difícil que se pueda seguir un esquema de tratamiento ordenado. Ello genera que las cepas se hagan cada vez más resistentes, lo que aumenta también las posibilidades de contagio. Como señala uno de los sacerdotes:

Imaginate lo que significa que, con la desorganización que significa el paco, con lo demandante que es, los hábitos de consumo y la “gira” y todo eso, lo que significa para un tipo que tiene VIH o que tiene tuberculosis ir a buscar con regularidad la medicación al hospital; que se la den, tomarla en los horarios que la tiene que tomar: es imposible. El sistema de salud está muy lejos de comprender la dificultad del paco (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo).

De esta forma, el consumo problemático de drogas en personas con TBC genera una situación de difícil resolución: los tratamientos para los consumos no les permiten el ingreso en virtud de la TBC, y los hospitales que deberían tratarlos por su enfermedad no pueden hacer frente a los desafíos que implica la situación de consumo de pasta base/paco –mala alimentación, falta de higiene, dificultad para respetar un esquema de tratamiento, vida en la calle, etcétera–. La intersección de ambas problemáticas da lugar a una situación nueva, que requiere de un abordaje específico para esta población.

La existencia de una gran cantidad de personas con consumo de pasta base/paco y TBC multirresistente puede ser analizada desde la perspectiva interseccional, ya que no se trata de una acumulación de desventajas, sino de problemáticas que –al cruzarse– generan una situación de vulnerabilidad particular. En este sentido, la perspectiva interseccional nos permite afirmar que, al centrarse solo en una de estas condiciones –ser consumidor o tener TBC–, ni las instituciones de tratamiento para los consumos de drogas ni los hospitales generales logran dar respuesta a la situación de personas que presentan ambas problemáticas a la vez.

Por otro lado, un obstáculo más para el acceso a tratamientos para el consumo de drogas está dado por los largos procesos de admisión que tienen que realizar para poder acceder a ellos –en algunos casos, pueden extenderse a meses–. Para quienes se encuentran en situación de calle y de consumo, tener que esperar para poder ingresar a un tratamiento puede implicar nuevas recaídas. Como señala uno de los entrevistados:

—¿Qué cosas son las que te costaron más para enfrentar el primer tratamiento?

—La espera, la mucha paciencia, que no se te dé, que vos llames y te digan “no, paciencia, esperá” [...] Tener que esperar para poder entrar, eso... (José, 34 años).

Además de las barreras geográficas, económicas y burocráticas, existen barreras de género que dificultan el acceso de las mujeres cis y de las personas trans a los centros de tratamiento. En el caso de las mujeres cis, uno de los mayores obstáculos es la falta de instituciones que les permitan realizar un tratamiento al que puedan concurrir con sus hijas/os. Como señala una de las entrevistadas:

ya estaba muy mal y quería internarme y estaba buscando comunidad, pero no encontraba ningún lugar para internarme que sea con los chicos [sus hijos]. A todo esto, yo ya sabía que estaba embarazada... (Milagros, 22 años).

En virtud de que son en su gran mayoría las mujeres las que se ocupan del cuidado de las/os hijas/os, la falta de instituciones que contemplan esta condición las excluye de la atención de su salud.⁸ Ello puede obser-

8 En efecto, según se desprende del último censo de centros de tratamiento disponible, realizado por el Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR (2018), los centros de atención exclusiva por abuso de sustancias cuentan con una baja disponibilidad de atención a mujeres embarazadas y/o con hijos, que ronda el 60% a nivel nacional. Este porcentaje desciende cuando se trata de centros residenciales.

varse en las encuestas, ya que mientras que del total de varones encuestados (119), ochenta realizaron algún tratamiento en un centro distinto al Hogar de Cristo (es decir, el 67% del total de varones), en el caso de las mujeres encuestadas (28) solo diez asistieron a algún centro de tratamiento (es decir, el 36% de las mujeres). Asimismo, de las trece mujeres que refirieron tener hijas/os menores de 18 años a su cargo, ninguna realizó un tratamiento por su problemática de consumo de drogas en el año anterior a ingresar en el Hogar de Cristo.

En el caso de varones y mujeres trans, se destaca la ausencia total de instituciones residenciales que estén dirigidas específicamente a esta población (con excepción de la Casa Animí desarrollada desde 2017 por el Hogar de Cristo). En efecto, las personas trans encuestadas refirieron que no encontraron ningún centro donde realizar un tratamiento por su consumo problemático de drogas con anterioridad al Hogar de Cristo, y resaltaron el temor a ser discriminadas por su condición de género en las comunidades terapéuticas.⁹

De esta forma, no contar con DNI, presentar una problemática de salud como la tuberculosis, estar en situación de calle, ser mujer o persona trans y tener hijas/os a cargo implica encontrar grandes dificultades para acceder a tratamientos para los consumos de drogas. Se produce así un círculo de desventajas que se retroalimentan, ya que cuando las personas necesitan más atención y acompañamiento de las instituciones, en virtud de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, menos acceso tienen a ellas.

Por otro lado, del total de personas que refirieron haber realizado otros tratamientos con anterioridad al Hogar de Cristo (93), el 70% manifestó que lo abandonó antes de finalizarlo. Entre los motivos de abandono se destacan: problemas con la institución (21%), porque sentían que no les ayudaba (16%), porque les costaba el encierro (16%) y porque consideraban que ya se habían recuperado (6%).

Las mayores críticas a los tratamientos realizados –principalmente en comunidades terapéuticas de la sociedad civil– se centraron en las dificultades para sostener el encierro y el aislamiento, en virtud de la pérdida de la libertad que esto conlleva. En efecto, muchas de las personas entrevistadas señalaron las similitudes que encontraron entre las comunidades terapéuticas y sus experiencias previas en cárceles u hospitales psiquiátricos. Como señala Silvina Garbi:

9 Para profundizar sobre la accesibilidad de personas LGBTIQ+ con consumos problemáticos de drogas a centros de tratamiento, véase Azparren, Guevara y Jones (2022).

Los usuarios de drogas en contextos de vulnerabilidad transitan por diversas instituciones (entre ellas cárceles, comisarías, comunidades terapéuticas, hospitales psiquiátricos) en donde el entrecruzamiento de la lógica punitiva y terapéutica basadas en el encierro y el aislamiento –y en donde la disciplina se constituye en el eje fundamental– son centrales. (2020, p. 40)

De esta forma, las rígidas pautas que exigen las comunidades terapéuticas en relación a los horarios y las actividades que se deben cumplir contrastan con la desestructuración de los tiempos que existe en la etapa de consumo de drogas. Asimismo, las personas entrevistadas señalaron muchas dificultades para soportar las fuertes estructuras jerárquicas de estas instituciones, así como el excesivo control sobre sus acciones:

—*¿Qué fue lo que más te costó de ese tratamiento?*

—No estar en la calle, extrañar lo que hacés, tu libertad. Tener que depender de personas, pedir permiso para cualquier cosa [...] Vos afuera estás acostumbrado a manejarte con tus horarios. Ahí te decían que cuando estás mucho en la cama empezás a recordar malas cosas, ¿viste? Así que te mantienen ocupado todo el tiempo (José, 34 años).

Por último, la gran mayoría de las personas refirió que en los casos en que lograron finalizar un tratamiento de internación, el regreso al mismo barrio y a la misma situación donde había tenido lugar el uso de drogas generó que recayeran en el consumo. En este sentido, destacaron la importancia de que exista algún acompañamiento por parte de las instituciones una vez que se obtiene el alta. Como relata una de las entrevistadas:

De nada sirve aislarse del mundo y volver, porque cuando volvés sigue estando todo igual... y vos supuestamente cambiaste, pero alejado, no sé, mintiéndote, ¿entendés? Es como una... para mí es una mentira. La comunidad me hizo cambiar un montón de actitudes y estoy agradecida de haber hecho ese proceso, pero... es como estar preso. No está bueno. Y después volvés a la realidad y volvés a la cuadra de tu casa. Y volvés con los pibes que se drogan... y te drogás, y...y... nada cambió. Por lo menos a mí me pasó eso (Mailén, 26 años).

A partir del análisis de las trayectorias de las personas que concurren al Hogar de Cristo, pudimos indagar las situaciones que dificultan su acceso a los distintos centros –principalmente comunidades terapéuticas–, los obstáculos para finalizar los tratamientos y las barreras

encontradas para sostener la abstinencia una vez obtenida el alta. De esta forma, pudimos dar cuenta de los obstáculos estructurales que encuentran las personas con consumo de pasta base/paco y en situación de vulnerabilidad social para acceder a la atención de su salud. En este sentido, la interseccionalidad política resulta fundamental para visibilizar cómo ciertas respuestas institucionales pueden terminar reforzando desigualdades estructurales, al excluir de la atención a personas atravesadas por el cruce de distintas situaciones de vulnerabilidad.

Dispositivos del Hogar de Cristo: accesibilidad, integralidad e interseccionalidad

Los dispositivos del Hogar de Cristo resultan más accesibles para las personas que presentan consumo de pasta base/paco y se encuentran en situación de vulnerabilidad social en villas de la ciudad de Buenos Aires que otro tipo de instituciones –como las comunidades terapéuticas–. Asimismo, este programa realiza una propuesta integral, en tanto no se restringe a abordar la problemática de consumo de drogas, sino que abarca una multiplicidad de dimensiones de la vida de las personas que concurren. Por otro lado, en los últimos años el Hogar de Cristo ha desarrollado dispositivos específicos para la atención de personas que presentan consumo de pasta base/paco y otras problemáticas, como enfermedades infectocontagiosas y psiquiátricas, discapacidades físicas o que han estado privadas de su libertad. De esta forma, sin proponérselo explícitamente, el Hogar de Cristo resulta ser un programa atento a la intersección de distintas situaciones de vulnerabilidad.

Características que favorecen la accesibilidad

Las personas entrevistadas destacaron la accesibilidad del Hogar de Cristo en comparación con otro tipo de instituciones, como las comunidades terapéuticas. En efecto, según se desprende de las encuestas, para un alto porcentaje de personas (el 40%) el Hogar de Cristo constituyó la primera y única respuesta institucional para su problemática de consumo de drogas.

A partir de las entrevistas, encontramos que la accesibilidad de estos dispositivos está dada por tres cuestiones principales: a) su localización geográfica, próxima a lugares de venta y de consumo de drogas; b) el trabajo territorial realizado por sacerdotes, profesionales y acompañantes pares del Hogar de Cristo en las villas de Buenos Aires; y c) la ausencia de requerimientos burocráticos para el ingreso y la permanencia en el programa.

En relación a la localización geográfica, se destaca que la gran mayoría de los centros barriales del Hogar de Cristo de la ciudad de Buenos Aires se ubican en el interior o en las proximidades de las villas y cercanos a paradores para personas en situación de calle.¹⁰ Ello permite que quienes se encuentran en situación de calle y de consumo puedan concurrir a los centros sin necesidad de recorrer grandes distancias, ya que los mismos se encuentran próximos a los lugares donde compran o consumen sustancias. Como señala una de las referentes entrevistadas:

Acá a medio metro venden [pasta base/paco], los chicos consumen ahí, y acá al lado de la Parroquia está el otro pasillo donde también venden y se consume... o sea, esta pared nos da con una cocina de droga... o sea, las ventanas de los chicos dan ahí donde venden, donde los chicos mismos por ahí consumían. (Entrevista a referente del Hogar de Cristo).

Esta proximidad con los lugares de venta y de consumo permite que los centros barriales se constituyan en espacios de referencia a los que se puede recurrir ante una emergencia o para satisfacer alguna necesidad, como asearse o alimentarse. En efecto, según relataron las personas entrevistadas, la gran mayoría se acercó a ellos inicialmente no para realizar un tratamiento para el consumo de drogas, sino para satisfacer alguna otra necesidad:

—¿Qué fue lo que te trajo al Hogar de Cristo?

—Yo vine porque me sentí cómoda con mi compañerito, porque teníamos frío, porque llovía, porque él me dijo “la vamos a pasar bien”. [...] yo venía más por el deporte o por ahí por un platito de comida que necesitaba también. Por un montón de cosas, pero lo que menos pensaba era en mi tratamiento. (Estrella, 51 años)

De esta forma, los centros barriales se incorporan a un conjunto de dispositivos que permiten que las personas en situación de calle y/o de consumo puedan sobrevivir y realizar distintas actividades, como los comedores barriales y los paradores nocturnos. En muchos casos, la concurrencia a estos dispositivos es utilizada como una forma de “rescatarse”

10 A modo de ejemplo, el centro barrial Padre Mugica se encuentra a dos cuadras del Parador Retiro y el centro barrial San Alberto Hurtado se localiza a la vuelta del parador Bepo Ghezzi. Ambos paradores son exclusivos para varones solos. Una gran cantidad de las personas encuestadas concurre al Hogar de Cristo en virtud de su proximidad con los paradores donde se alojan, ya que deben retirarse de los mismos todos los días a las 7:00hs.

durante un tiempo: mejorar las condiciones de salud, alimentarse y descansar, para poder volver a la calle y el consumo en mejores condiciones. Para quienes están en situación de calle y de consumo, contar con un lugar al que recurrir ante casos de emergencia –problemas de salud, heridas, persecución policial, amenazas–, o para poder asearse, alimentarse y descansar, resulta fundamental para su supervivencia. No existe en todos los casos una voluntad explícita de querer reducir o abandonar el consumo de drogas, sino que se busca contar con condiciones que permitan lidiar mejor con sus efectos más adversos –falta de alimentación, violencia interpersonal, problemáticas de salud, etcétera–.

A partir de este acercamiento inicial en búsqueda de asistencia, muchas personas van construyendo la voluntad de querer dejar o reducir el consumo. En algunos casos, las personas entrevistadas señalaron que la decisión de iniciar un tratamiento obedeció a la sensación de que habían “tocado fondo”, es decir, que presentaban alguna problemática de salud, se encontraban en una situación de riesgo y/o no contaban con ninguna otra persona o institución que pudiera ayudarlas:

—*¿Y qué fue lo que te hizo pedir ayuda, en qué momento dijiste...?*

—Es que ya estaba tocando fondo, cuando ya tocás fondo y estás mal; y mi hijo también... eh, quería verlo, y... y yo no sabía cómo buscarlo, no sabía dónde estaba, nada. Y, nada, vine; y acá estoy. Vine a pedir ayuda. [...] Yo paraba en el barrio Rivadavia y ellos iban a repartir la comida ahí, hacían comida ahí en la plaza donde yo paraba... y ahí fue que empecé con un tráiler y ahora es un centro barrial, San Francisco. Yo empecé ahí, iba a comer; iba, comía, me iba; iba, comía, me iba, no me quedaba. Conocí a la gente de ahí que acompaña, muy buenos, muy buena gente... siempre me apoyó, siempre... me insistió... siempre me buscaron y querían que me interne y yo ni cabida [no les hacía caso]. Y acá estoy. Di el brazo a torcer, dije “basta”, estaba muy mal, estaba muy flaca... muchas cosas (Daniela, 25 años).

En segundo lugar, otro de los factores que facilita la accesibilidad a los centros barriales es el trabajo realizado por sacerdotes, profesionales y acompañantes pares¹¹ del Hogar de Cristo, quienes recorren las villas para invitar a las personas en situación de consumo a que se acerquen

11 Los acompañantes pares son personas que han realizado un tratamiento por su problemática de consumo de drogas y actualmente realizan tareas de cuidado y acompañamiento de otras/os usuarias/os. Estos acompañantes perciben un pequeño salario y se organizan mediante la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco. Para conocer más sobre las potencialidades y límites de esta experiencia, véase Azparren (2024).

a sus dispositivos. En efecto, el 55% de las personas encuestadas refirió que se acercó tras haber sido invitadas por referentes del programa o por excompañeras/os de consumo.

En estos recorridos por los barrios, las/os acompañantes pares y referentes del Hogar de Cristo entregan alimentos, mercadería y medicación (principalmente para la TBC y el VIH) a quienes se encuentran en situación de calle y de consumo. Su conocimiento del barrio resulta fundamental para realizar este trabajo territorial de acompañamiento. Como señala uno de los sacerdotes entrevistados:

La fuerza nuestra radica en estar... Por eso no es un centro universal. Nosotros conocemos acá, visitamos las casas de las familias, a todo el mundo. Sabemos, cuando dice “Paramos con tal”, con quién está parando. Todo sabemos. Por eso nosotros creemos que tiene que haber centros barriales en estos lugares marginales. (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo)

Este trabajo de acercamiento territorial contrasta con la forma de abordaje de las comunidades terapéuticas, donde son las propias personas las que deben solicitar asistencia. Desde el Hogar de Cristo se entiende que las personas con consumos problemáticos de pasta base/paco han perdido gran parte de su voluntad, por lo que muchas veces no pueden solicitar ayuda por sus propios medios, aunque así lo requieran.

En tercer lugar, la accesibilidad está dada por el bajo umbral de exigencia que presentan los dispositivos del Hogar de Cristo para el ingreso y la permanencia en ellos. Ana Clara Camarotti (2013) define los programas con objetivos de tratamiento de bajo umbral como aquellos que buscan mitigar los riesgos y reducir las consecuencias adversas del consumo de drogas. A diferencia de la gran mayoría de las comunidades terapéuticas y centros de tratamiento, en el Hogar de Cristo no se requiere DNI, ni trámites médicos, ni asistir con un familiar. El ingreso es automático, no hay que esperar a que se asigne vacante, como en otros dispositivos:

El plus que tiene es que es una puerta de acceso que no tiene muchas limitaciones para la gente del mismo barrio. Acá, si un chico viene y está sucio, el chico va a entrar y no va a haber ningún problema. Si el chico viene sin dormir o de “gira”, lo vamos a recibir, lo vamos a acompañar. Nosotros cuando recibimos a los chicos no les pedimos ni el documento. [...] Entonces para los chicos del barrio es una puerta amigable, es una puerta de acceso fácil, que entra y se puede quedar (Entrevista a referente del Hogar de Cristo).

Asimismo, no existe un “alta” prefijada en el tratamiento o un tiempo máximo estipulado para concurrir. Las personas pueden asistir a los dispositivos del Hogar de Cristo siempre que lo requieran y cumplan con las pautas allí estipuladas: no robar, no consumir en el dispositivo y no ejercer violencia física contra un compañero/a o referente.¹² Es por ello que en el trabajo de campo encontramos personas que concurren al Hogar de Cristo desde sus inicios en el año 2008, con recaídas y abandonos durante algún tiempo, pero que regresan permanentemente al programa.

El desarrollo de un abordaje integral

La integralidad puede ser entendida como la implementación de acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de los sujetos y colectivos sociales en función de sus necesidades de salud de un modo abarcativo e incluyente (Costa, 2004). Esto significa que las prácticas de cuidado deben estar siempre orientadas en virtud de dar respuesta a las amplias demandas y necesidades de los individuos y colectivos (Seixas, Merhy, Staevie Baduy y Slomp Junior, 2016). Para ello, el trabajo articulado con distintos sectores resulta fundamental. Como señalan José Ricardo Ayres, Vera Paiva y Cássia Maria (2018), la integralidad implica hacer disponibles e integrar las diferentes acciones de diversos sectores para responder adecuadamente a las especificidades en salud.

En el campo de los consumos de drogas, Alejandro Capriati, Ana Clara Camarotti, Pablo Di Leo, Gabriela Wald y Ana Lía Kornblit (2014) afirman que un abordaje integral implica tres cuestiones fundamentales: a) construir un vínculo prologando con la comunidad para identificar las principales problemáticas y actores capaces de participar; b) abordar las distintas necesidades y demandas de los sujetos, y c) trabajar en articulación con otras instituciones y organizaciones barriales. A partir de dicha definición, entendemos que el abordaje realizado por los distintos dispositivos del Hogar de Cristo puede ser definido como un abordaje integral.

En primer lugar, porque la institución ha desarrollado un prolongado vínculo con la comunidad de los barrios en los que se ubica, en virtud del trabajo territorial de sacerdotes y acompañantes pares. Asimismo, la localización de sus dispositivos en las inmediaciones de las capillas y parroquias de las villas les permite formar parte de la comunidad barrial

12 Cuando las personas no cumplen con alguna de estas pautas, la sanción no es siempre ni en la mayoría de los casos la expulsión, sino que muchas veces se buscan formas alternativas de resolver los conflictos o reparar los daños ocasionados a través, por ejemplo, de la realización de trabajos voluntarios.

e integrarse a un conjunto de instituciones desarrolladas por la Iglesia católica en estos barrios –clubes deportivos, jardines de infantes, radios, escuelas, etcétera–.

En relación a la segunda dimensión –abordar las distintas necesidades y demandas de los sujetos–, el Hogar de Cristo se destaca porque no aborda exclusivamente los consumos problemáticos de drogas, sino que intenta dar respuesta a una multiplicidad de demandas y necesidades de quienes concurren: sus problemáticas de salud, su situación habitacional, sus condiciones laborales y educativas, sus vínculos con la ley penal, sus redes familiares y afectivas, su documentación, etcétera. Este trabajo es señalado por sus protagonistas como un “cuerpo a cuerpo”, un trabajo de acompañamiento de cada persona que requiere de mucha atención a sus necesidades. En este sentido, desde el Hogar de Cristo se acompaña a las personas a que tramiten su DNI en el Registro Nacional de las Personas (RENAPER), se las ayuda a que inicien un tratamiento en caso de presentar alguna problemática de salud, se las asesora para que puedan conocer o resolver su situación judicial,¹³ se las ayuda a ingresar a un parador o un lugar donde dormir y se las incorpora en la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco, para que puedan contar con un ingreso económico mensual.

Por último, en relación a la tercera dimensión de integralidad propuesta por Capriati et al. (2014), el Hogar de Cristo se destaca por el trabajo de articulación que realiza con organismos estatales y de la sociedad civil. Para abordar las diferentes problemáticas de quienes concurren a sus dispositivos, este programa articula con hospitales, centros de salud, juzgados, el RENAPER., la SEDRONAR, defensorías, paradores, escuelas y fundaciones, entre otros. En relación a la educación, el Hogar de Cristo articula con el Plan de Finalización de Estudios Primarios y Secundarios (FINES) del Ministerio de Educación nacional y con el Programa de Alfabetización, Educación Básica y Trabajo (PAEBYT) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, ha firmado convenios de articulación con distintos organismos públicos: la SEDRONAR, la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones y la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y con los ministerios de Salud, Trabajo y Desarrollo Social de la nación.

13 Si bien la guía de pautas de la encuesta no indagó sobre esta situación, la gran mayoría de las personas refirió tener alguna causa judicial o haber estado privada de su libertad en algún momento. Esto dificulta mucho su acceso a la atención de su salud, ya que, como indica Ramírez (2016), su temor a una posible represalia las aleja de las instituciones médicas.

En la mayoría de los casos, se trata de articulaciones informales, iniciadas a raíz de una problemática o persona concreta, que posteriormente se convierten en un vínculo de mayor formalidad a través de la recurrencia en la articulación. Como afirma una de las personas entrevistadas:

En lo cotidiano, y en lo concreto, para ir a un hospital, ahí tenés que hablar con el médico; ahí tenés que hablar con el que está en la guardia o jefe del área. No es que el Estado nacional dice... o el Estado del gobierno de la ciudad de Buenos Aires dice “mirá, el Hogar de Cristo tiene prioridad”, sino que uno va generando eso desde la base. [...] como que uno va fortaleciendo esa red cotidianamente (Entrevista a referente del Hogar de Cristo).

La pertenencia al Hogar de Cristo se convierte así en una suerte de “carnet” que permite acceder a ciertos beneficios en la atención, gracias a esta extensa red construida durante años por los curas villeros y las/os referentes del programa. Muchas de las personas entrevistadas hicieron referencia a que gracias a su presentación como parte de esta entidad las reciben y atienden mejor en las instituciones estatales:

La remerita del Hogar te pone en otro lugar. Los hospitales ya saben, los pibes cuando están en el Hogar... cambia, cambia la situación. Hay alguien que los está mirando, hay alguien que los está acompañando [...] No puede ser que si no vas con la hojita con el membrete del Hogar no te atiendan, y si vas con la hojita del membrete del Hogar sí (Entrevista a coordinadora de centro barrial).

Para quienes se han sentido muchas veces expulsados por los organismos públicos, este trato diferencial por pertenecer al Hogar de Cristo implica un cambio sustancial. Se modifican así sus percepciones sobre estas instituciones –que se vuelven más “amigables”– y se produce un mayor acercamiento a ellas. En síntesis, a partir del conocimiento de la comunidad, la atención de distintas problemáticas de los sujetos y el trabajo en red con distintos actores, el programa Hogar de Cristo realiza un abordaje integral de los consumos problemáticos de drogas en villas de la ciudad de Buenos Aires.

Dispositivos atentos a la interseccionalidad

Las personas con consumo de pasta base/paco se encuentran atravesadas por un conjunto de problemáticas sociales y de salud: situación de calle, falta de documentación personal, enfermedades infectocontagiosas, discapacidades físicas, problemas psiquiátricos, conflictos con la ley penal,

hijas/os a cargo, ruptura con las redes sociales y afectivas, etcétera. En virtud de que las desigualdades son interseccionales, es decir, no se dan de manera aislada sino que se refuerzan mutuamente, muchas personas presentan varias de estas situaciones de vulnerabilidad a la vez. El cruce de estas distintas problemáticas genera que muchas veces las instituciones encargadas de abordar cada una de ellas –por ejemplo, los paradores para las personas en situación de calle, los hospitales generales para las problemáticas de salud o las comunidades terapéuticas para las personas con consumos problemáticos de drogas– no estén preparadas para atender a quienes presentan las distintas condiciones de manera conjunta. Ello genera que las personas con consumo de pasta base/paco, en situación de calle y con TBC, por ejemplo, no puedan acceder a un parador, a la atención de su salud en un hospital general ni a un tratamiento por su consumo de drogas en una comunidad terapéutica.

En virtud de ello, en los últimos años el Hogar de Cristo ha desarrollado dispositivos que tienen en consideración las situaciones particulares que se generan en virtud de la intersección de distintas vulnerabilidades. En efecto, cuenta con un dispositivo específico para la atención de personas con consumos problemáticos de drogas que presentan diagnóstico positivo de TBC o VIH (Casa Masantonio), una casa para personas con consumos problemáticos de drogas que han estado privadas de su libertad (Casa Libertad), un espacio de atención para mujeres trans con consumos problemáticos de drogas (Casa Anímí) y un centro para personas con consumo de pasta base/paco y patologías psiquiátricas o discapacidades físicas (Casa Sumay Simi). De esta forma, cada uno de estos colectivos cuenta con espacios donde atender su particular situación de vulnerabilidad, atravesada no solo por el consumo de pasta base/paco, sino por un conjunto de otras problemáticas que requieren de un abordaje específico.

Asimismo, la institución ha desarrollado distintas propuestas para incluir a mujeres con hijas/os a cargo en sus dispositivos.¹⁴ Algunos centros barriales cuentan con jardines de infantes para las/os hijas/os de las personas bajo tratamiento (como el centro barrial Mugica), y otros cuentan con espacios para el esparcimiento de las/os niñas/os –plazas, juegos infantiles, etcétera–. Asimismo, tanto el Hogar Santa María –localizado en la villa 1-11-14– como las granjas La Providencia y Madre Teresa –ubicadas en el Gran Buenos Aires– constituyen espacios donde las mujeres

14 No existen en el Hogar de Cristo dispositivos específicos para varones con hijas/os a cargo. Los varones con consumos de drogas que conviven con sus hijas/os menores de 18 años son muy pocos, y son menos aún los que tienen hijas/os exclusivamente a su cargo.

pueden residir con sus hijas/os. El Hogar de Cristo presenta un programa que se destaca por su accesibilidad, la integralidad de su abordaje y por haber tenido en cuenta la intersección de distintas desigualdades en el desarrollo de sus respuestas. En virtud de ello, recibe y acompaña diariamente a cientos de personas con consumos problemáticos de drogas y en situación de vulnerabilidad social.

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo analizamos las trayectorias de tratamiento de las personas que concurren al programa Hogar de Cristo en las villas de la ciudad de Buenos Aires. Partiendo de una perspectiva de análisis interseccional, indagamos las barreras que encuentra la población con consumos problemáticos de pasta base/paco para acceder a centros alejados de sus lugares de consumo, que presentan restrictivas condiciones de acceso y que no tienen en cuenta la intersección de vulnerabilidades para el desarrollo de sus propuestas.

A partir de las encuestas y entrevistas analizadas, podemos afirmar que las respuestas tradicionales a los consumos de drogas –como las comunidades terapéuticas– están diseñadas para un sujeto que se pretende universal: varón, cis, que puede trasladarse y solicitar ayuda, que puede permanecer internado un tiempo prolongado, que cuenta con soportes sociales y familiares que le permitan reinsertarse a la sociedad una vez alcanzado el alta, que no tendrá recaídas en el consumo, etcétera. Este tipo de respuestas no tiene en consideración las situaciones particulares de vulnerabilidad de sujetos atravesados por la intersección de múltiples dimensiones de la desigualdad, como son las personas en situación de calle, las mujeres con hijas/os a cargo, las personas con enfermedades infecciosas, con discapacidad y las personas trans, entre otras. Asimismo, este tipo de instituciones encuentra límites para abordar la complejidad del consumo de pasta base/paco, que suele incluir otras problemáticas como la ruptura de lazos sociales y familiares y la falta de documentación.

En virtud de ello, los abordajes territoriales como el que propone el Hogar de Cristo se han desarrollado de manera creciente en los últimos años, implementando un conjunto de dispositivos específicos para la atención de colectivos particularmente vulnerabilizados. La institución se destaca así por su accesibilidad y por la integralidad de su abordaje. La accesibilidad está dada principalmente por su localización geográfica,

próxima a lugares de venta y de consumo de drogas, por el abordaje territorial realizado por sacerdotes, referentes y acompañantes pares del programa y por la ausencia de requerimientos burocráticos (DNI, estudios médicos, solicitud de vacante) para el ingreso o la permanencia en los dispositivos. La integralidad es posible por el conocimiento de los distintos barrios que tienen estas personas, la gran cantidad de dimensiones de la vida que abordan –salud, educación, vivienda, trabajo, documentación, redes familiares– y las articulaciones que establecen con distintos organismos públicos y de la sociedad civil para realizar dicho abordaje.

El desarrollo de dispositivos atentos al cruce de distintas situaciones de vulnerabilidad ha permitido que muchas personas puedan realizar por primera vez un tratamiento para su problemática de consumo de drogas y reciban el acompañamiento que precisan. De esta forma, la interseccionalidad no es solo una estrategia de análisis, sino el modo en el que se configuran las posiciones sociales. Las desigualdades sociales se articulan y se refuerzan mutuamente, generando un círculo de desventajas que se retroalimentan. Desarrollar dispositivos atentos a estos cruces resulta fundamental para no excluir de las respuestas terapéuticas a las personas que más las necesitan.

Referencias

- Algranti, J. & Mosqueira, M. (2018). Healing in Christ: approaches to the study of evangelical therapy to treat drug addiction. En M. Saizar y M. Bordes (eds.), *Alternative therapies in Latin America. Policies, practices and belief* (pp. 109-127). Nueva York: Nova Science Publisher.
- Ayres, J. R., Paiva, V. & Maria, C. (2018). Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud. En V. Paiva, J.R. Ayres, A. Capriati, A. Amuchástegui y M. Pecheny (coords.), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* (pp. 21-34). Buenos Aires: Teseo Press.
- Azparren, A. L. (2024). Potencialidades y límites de los trabajos de cuidado comunitario como forma de integración socio-laboral. La experiencia de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco en villas de la Ciudad de Buenos Aires". *Revista Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Jujuy*, 65: 129-153, ISSN: 0327-1471.
- Azparren, A.L., Guevara, J. & Jones, D. (2022). Sexualidades y consumos problemáticos de drogas. Barreras en el acceso a la atención de personas LGBTIQ+ y respuestas en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En Jorge Eduardo Moncayo Quevedo, Paula Andrea Hoyos Hernández y Linda Teresa Orcasita Pineda, *Sexualidades: Una apuesta de regiones*, pp. 23-66, Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana.

- Azparren, A. L. (2021). *Del consumo al cuidado. Trayectorias de personas usuarias de pasta base/paco en villas de la Ciudad de Buenos Aires. Análisis desde una perspectiva interseccional*. (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Barcala, A. & Stolkner, A. (2000) Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI) Estudio de caso. En *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires Volumen 8 (pp. 282-295). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Bianchi, E. & Lorenzo, N. G. (2013). "La recuperación es para obedientes": algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 3 (1).
- Cabral, M. (2009). Cissexual. En *Construyéndonos: cuadernos de lecturas sobre feminismos trans*, I, Córdoba: MULABI.
- Camarotti A.C. (2013). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción de un Modelo Integral de Abordaje Comunitario para la reducción de la demanda de drogas*. XIV Reunión del Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda. Washington: OEA/CICAD.
- Camarotti, A.C., Güelman, M. & Azparren, A.L. (2018). ¿Enfermedad, exclusión o pérdida del sentido de la vida? Las causas que llevan a consumir drogas según referentes de programas religiosos y espirituales. *Socio Debate. Revista de Ciencias Sociales*, 7, 27-56.
- Camarotti, A.C., Jones, D. & Di Leo, P.F. (Dir.). (2017). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas*. Buenos Aires: Teseo.
- Capriati, A, Camarotti, A. C., Di Leo, P.F., Wald, G. & Kornblit A. L. (2014). La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6(22), 21-28.
- Collins, P. H. (1991). *The politics of Black feminist thought*. Cleveland: Cleveland State University, Graduation and Assembly Committee.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. & Stolkner, A (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires Volumen 16 (pp. 201-209). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Costa, A.M. (2004). *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil* (Tesis de Doctorado no publicada). Universidad de Brasilia, Brasilia.
- Crenshaw, K. ([1991] 2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color". En R. (L) Platero (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos* (pp. 88-123). Barcelona: Bellaterra.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. En *Feminism in the Law: Theory, Practice, and Criticism* (pp.139-167). Chicago: University of Chicago Legal Forum.
- Curiel, O. (2014). Hacia la construcción de un feminismo descolonizado. A propósito de la realización del Encuentro Feminista Autónomo: haciendo comunidad en la

- casa de las diferencias. En Y. Espinosa, D. Gómez y K. Ochoa (Eds.), *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. (pp. 325-334) Popayán: Editorial Universidad del Cauca
- Davis, A. ([1981] 2016). *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Akal.
- De Ieso, L.C. (2012). Espiritualidad y "poder superior" en el tratamiento de adicciones con jóvenes. Sistematización de una experiencia en una comunidad terapéutica. En AAVV, *Estudios sobre Juventudes en Argentina II. Líneas prioritarias de investigación en el área Jóvenes/juventud. La importancia del conocimiento situado* (pp. 216-232). Salta: Red de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina-Editorial de la Universidad Nacional de Salta
- Epele, M. (2007) La lógica de la sospecha. Sobre la criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras*, Buenos Aires, 25, 153-170.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós
- Espinosa Miñoso, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *Revista El Cotidiano*, 184, 7-12.
- Garbi, S. (2020). *De aislamientos y encierros. Modos "legos" y "expertos" de tratar los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires: Teseo Press.
- Garbi, S., Touris, C. & Epele, M. (2012). Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas. *Ciencia y Saúde Colectiva*, 17 (7), 1865-1874.
- Grippaldi, E. (noviembre, 2013). Drogadicciones y construcciones biográficas. Estudio comparativo de la gestión de identidades por parte de consumidores de drogas en tratamientos de internación y terapia grupal. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. IIGG, Buenos Aires, Argentina.
- Güelman, M. (2019). *Entre la socialización y la individuación. Rehabilitación del consumo de drogas y procesos de conformación de individualidad de residentes y ex residentes de comunidades terapéuticas religiosas* (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- hooks, b. (1981). *Ain't I a Woman: Black Women and Feminism*. Boston: South End Press.
- Jabardo Velasco, M. (2012). Introducción. Construyendo puentes: en diálogo desde / con el feminismo negro. En M. Jabardo Velasco (Ed.), *Feminismos Negros. Una antología* (pp. 27-56). Madrid: Traficantes de sueño.
- Jelin, E. (2014). Desigualdades de clase, género y etnicidad/raza: realidades históricas, aproximaciones analíticas. *Ensamblés*, 1 (1), 11-36.
- Jiménez Rodrigo, M. L. & Guzmán Ordaz, R. (2012) Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad, *Oñati Socio-Legal Series*, 2(6), pp. 77-96.
- Jones, D. & Cunial, S. (2017). Relaciones entre organizaciones de la sociedad civil y el Estado en las políticas sobre drogas. En A.C Camarotti, D. Jones y P.F. Di Leo (Dirs.). *Entre dos mundos. Abordajes religiosos y espirituales de los consumos de drogas* (pp. 73-107). Buenos Aires: Teseo.
- Kornblit, A. L. (Coord.) (2004a). *Nuevos estudios sobre drogadicción: consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.

- Kornblit, A. L., Mendes Diz, A. M. & Bilyk, A. (1992). *Prevención de las recaídas en drogadicción*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, (9), 73-102.
- Lugones, M. (2012). Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples. En P. Montes (Ed.), *Pensando los feminismos en Bolivia* (pp.129-140). La Paz: Conexión Fondo de Emancipaciones.
- Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: potencialidades y desafíos. *Estudios Feministas*, 23(3), 691-712.
- Mallimaci Barral, A. I. (2013). Localizando el sentido de las desigualdades. Inclusiones y exclusiones de los/as bolivianos/as en Ushuaia. En G. Karasik (Coord.), *Migraciones internacionales. Reflexiones y estudios sobre la movilidad territorial contemporánea*. (pp. 87-106). Buenos Aires: Ciccus.
- Matossian, B. (2016). Lógicas residenciales y migraciones en San Carlos de Bariloche: un abordaje desde la interseccionalidad. *Pilquen*, 19 (2).
- Muñoz Cabrera, P. (2011). *Violencias interseccionales. Debates feministas y marcos teóricos en el tema de pobreza y violencia contra las mujeres en Latinoamérica*. Honduras: Central America Women's Network.
- OAD/SEDRONAR (2018). *IV Censo Nacional de Centros de Tratamiento*. Buenos Aires: Autor.
- OAD-SEDRONAR (2012). *La magnitud del abuso de pasta base-paco (PBC), patrones de uso y de comercialización en villas de la CABA*. Buenos Aires: Autor.
- Parga, J. (2006). "Salir del bardo". *Etnografía de las políticas públicas de abordaje del consumo de sustancias en la Provincia de Buenos Aires (1993-2011)* (Tesis doctoral no publicada). Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata.
- Pawlowicz, M.P. (2010). Barreras de acceso a los servicios públicos en la población usuaria de drogas. La perspectiva y las propuestas de los trabajadores de la salud. En G. Touzé y P. Goltzman (Comps.), *Aportes para una nueva política de drogas. V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas* (pp. 253-261). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil – Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Pawlowicz, M.P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. & Touzé G. (octubre, 2010). La matriz religiosa en algunos dispositivos de atención por uso de drogas. El caso de los programas de Doce Pasos. En M. Mosqueira (Coord.), *Religiones. II Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes de Argentina*. UNS, Argentina.
- Piscitelli, A. (2008). Interseccionalidades, categorías de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, 11 (2), 263-274.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 122-151) Buenos Aires: CLACSO.
- Ramírez, R. (2015). Respuestas socio-sanitarias frente al consumo de pasta base: límites y potencialidades de los centros de rehabilitación de la zona sur del área metropolitana de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 6 (25), 19-24.
- Ramírez, R. (2016). "Los tratamientos no siempre son iguales". *Experiencias, cuidados y vulnerabilidades de jóvenes ex consumidores de PB/Paco en centros de tratamiento del área Metropolitana sur de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de maestría no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Rossi, D., Pawlowicz, M. P. & Zunino Singh, D. (2007). *Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.
- Seixas, C. T., Merhy, E., Staevie Baduy, R. & Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12 (1), 113-123.
- The Combahee River Collective* ([1977] 2012). Un manifiesto feminista negro. En R. (L.) Platero (Ed.). *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (pp. 75-86). Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Vázquez, A. (2006). *La construcción social del "problema de las drogas": representaciones y prácticas sobre la drogadependencia en profesionales de la salud. Su relación con la accesibilidad y dignidad en la atención de personas que usan drogas en servicios de salud del GCBA* (Tesis de maestría no publicada). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vázquez, A. (sept, 2009). Estigma y drogas. Análisis de los efectos de exclusión en salud de personas con problemas de drogadependencia. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
- Vázquez, A. (noviembre, 2010). El estigma sobre la drogadependencia y su relación con la accesibilidad a la atención en salud. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vázquez, A. (noviembre, 2013). Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud. El caso de la ciudad de Buenos Aires. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Vázquez, A. & Stolkner, A. (2009). Procesos de estigma y exclusión en salud. articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. En *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires Volumen 16 (pp. 295-303). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Vázquez, A. & Romaní, O. (2012). Drogadependencia, estigma y exclusión en salud: barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires. En *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*, Universidad de Buenos Aires Volumen 19 (pp. 159-166). Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52,1-17.