

Universidad Nacional de General Sarmiento

Maestría en Estudios Urbanos

**Respuestas a los consumos de drogas en
contextos de exclusión social. El Hogar de Cristo
en las villas de la Ciudad de Buenos Aires.**

Ana Laura Azparren Almeida

Directora: Ana Clara Camarotti

Co-director: Daniel Jones

Septiembre de 2017

Resumen

A partir de la emergencia de la pasta base/paco en las villas de la Ciudad de Buenos Aires a principios de la década de 2000, las dinámicas de estos territorios se han visto profundamente modificadas. Ante esta nueva problemática, en el año 2008 el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (conocidos popularmente como *curas villeros*) desarrolló un programa de abordaje integral de los consumos de drogas: el *Hogar de Cristo*.

Actualmente, el Hogar de Cristo cuenta con distintos dispositivos (centros barriales, casas amigables, hogares residenciales, granjas, etcétera) localizados en seis villas de la Ciudad de Buenos Aires, y en otros barrios vulnerabilizados del Gran Buenos Aires. Desde sus dispositivos, brindan atención diaria a cientos de personas con problemáticas de consumo de drogas y de vulnerabilidad social.

En esta tesis nos proponemos analizar esta experiencia desarrollada por los curas villeros para el abordaje de los consumos de drogas en contextos de exclusión social, con el propósito de contribuir al desarrollo de respuestas más adecuadas a esta problemática.

La estrategia metodológica es mixta. Realizamos observación participante en los seis dispositivos del Hogar de Cristo localizados en villas de la Ciudad de Buenos Aires, así como entrevistas semi-estructuradas a informantes clave (sacerdotes, coordinadoras/es, profesionales, ex usuarias/os de drogas). Asimismo, aplicamos un total de 150 encuestas a las personas que concurren a estos centros por presentar consumo de pasta base/paco, con el objetivo de conocer sus principales problemáticas habitacionales, sociales y de salud, así como sus pautas de consumo de drogas y sus trayectorias de tratamiento.

El Hogar de Cristo se destaca por la accesibilidad que presenta para las personas en situación de consumo de drogas que residen en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, y por la integralidad de su abordaje, ya que no se centra exclusivamente en sus problemáticas de consumo, sino que abarca una multiplicidad de dimensiones (vivienda, salud, trabajo, familia, acceso a la justicia, educación, etcétera). Asimismo, el abordaje que se realiza desde el Hogar de Cristo presenta algunas limitaciones, entre las que se destacan el “aislamiento” de las personas en el territorio, que reduce las posibilidades de interacción

con personas de otros contextos sociales, y la propuesta que realizan, el “plan de vida”, que entiende a la inclusión social como una tarea individual. Si bien los curas villeros definen el consumo de drogas en estos territorios como una consecuencia de la exclusión social, las respuestas que brindan siguen haciendo foco en el individuo como el principal responsable de su recuperación y de su inclusión social. Esta estrategia de abordaje contribuye a culpabilizar a las personas de sus “fracasos” en la inclusión, e impide el cuestionamiento de las estructuras económicas, políticas y sociales que generan la exclusión.

Abstract

From the emergence of the *pasta base/paco* in vulnerable areas of the City of Buenos Aires in the early 2000s, the dynamics of these territories have been profoundly modified. Faced with this new problem, in 2008 the “*Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia*” (popularly known as “*curas villeros*”) developed a comprehensive approach to solve the problem of drug use: the “*Hogar de Cristo*”.

Nowadays, “*Hogar de Cristo*” has different devices (“*community centers*”, “*friendly houses*”, “*residential homes*”, “*farms*”) that are located in six vulnerable neighborhoods of the City of Buenos Aires, and in others slums of Gran Buenos Aires. In these devices, they provide daily attention to hundreds of people with drug abuse problems and social vulnerability.

In this thesis, we analyze the experience developed by “*curas villeros*” to approach drug consumption in contexts of social exclusion and we aim at contributing to the development of more adequate responses to this problem.

We develop a mixed methodological strategy. We conducted in-site observations at the six devices located in the city of Buenos Aires, as well as semi-structured interviews with key informants (priests, coordinators, professionals, former drug users). Besides, we applied a total of 150 surveys to people who attend these centers because the use *pasta base/paco*. In these surveys, we intended to know their main housing, social and health problems, as well as their patterns of drug use and their trajectories of treatment.

The “*Hogar de Cristo*” stands out for the accessibility that it presents for people in situations of drug consumption that live in vulnerable neighborhoods of the City of Buenos Aires, and for the integrality of its approach, since it does not focus exclusively on its direct problems, but also covers a multiplicity of dimensions (housing, health, work, family, access to justice, education). Likewise, the approach developed by the “*Hogar de Cristo*” presents some limitations. Among them we can state the “isolation” of the people in the territory, which reduces the possibilities of interaction with people from other social contexts, and the proposal they make, called “life plan”, which understands social inclusion as an individual issue. Although the “*curas villeros*” define drug consumption in these territories as a consequence of social exclusion, the responses they provide continue to focus on the individual as the main responsible for his or her recovery and social inclusion.

This approach strategy contributes to blaming people for their “failures” in inclusion, and avoids questioning of the economic, political and social structures that generate exclusion.

Resumo

A partir da emergência da pasta base de cocaína nas favelas da Cidade de Buenos Aires no início da década de 2000, as dinâmicas desses territórios sofreram profundas modificações. Enfrentando esse novo problema, em 2008 o “Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia” (conhecidos popularmente como *curas villeros*) desenvolveu o programa de abordagem integral dos consumos de drogas: o *Hogar de Cristo*.

Atualmente, o Hogar de Cristo tem diferentes dispositivos (centros no bairro, casas amigáveis, moradas residenciais, fazendas, etc.) localizados em seis favelas da Cidade de Buenos Aires e em outros bairros vulnerabilizados do Grande Buenos Aires. Desde os dispositivos, brindam atenção diária a centos de pessoas com problemáticas de consumo de drogas e vulnerabilidade social.

Nesta tese, nós propomos analisar esta experiência desenvolvida pelos “curas villeros” para a abordagem dos consumos de drogas em contextos de exclusão social, com o propósito de contribuir ao desenvolvimento de respostas mais adequadas para este problema.

A estratégia metodológica é mista. Fizemos observação participante nos seis dispositivos do Hogar de Cristo localizados em favelas da Cidade de Buenos Aires e entrevistas semi-estruturadas a informantes-chave (sacerdotes, coordenadores, profissionais, ex usuárias/os de drogas). Aplicamos também um total de 150 questionários a pessoas que assistem a esses centros por consumir pasta base de cocaína, com o objetivo de conhecer as suas principais problemáticas residenciais, sociais e de saúde, assim como os seus padrões de consumo de drogas e suas trajetórias de tratamento.

O Hogar de Cristo destaca-se pela acessibilidade que apresenta para as pessoas em situação de consumo de drogas que moram nas favelas da Cidade de Buenos Aires e pela integralidade da sua abordagem porque não se centra exclusivamente nas suas problemáticas de consumo embora atinge uma multiplicidade de dimensões (morada, saúde, trabalho, família, acesso à justiça, educação, etcetera). A abordagem que realiza-se desde o Hogar de Cristo apresenta algumas limitações, entre as quais destacam-se, o “isolamento” das pessoas no território, que reduz as possibilidades de interação com pessoas de outros contextos sociais; e a proposta que eles realizam, o “plano de vida” que

compreende a inclusão social como uma tarefa individual. Embora os “curas villeros” definem o consumo de drogas nesses territórios como uma consequência da exclusão social, as respostas que brindam seguem focando no indivíduo como o principal responsável da sua recuperação e sua inclusão social. Esta estratégia de abordagem contribui a culpar as pessoas de seus fracassos na inclusão e impede o questionamento das estruturas econômicas, políticas e sociais que geram a exclusão.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	13
1.1 Objetivos	13
1.2 Estrategia metodológica	15
1.3 Construcción del problema de investigación	18
1.4 Estructura de la tesis	23
CAPÍTULO 2: EL CONSUMO DE DROGAS EN LAS VILLAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	25
2.1 Las villas de la Ciudad de Buenos Aires: breve caracterización	25
2.2 Consumos y circulación de drogas en las villas	28
2.3 Dispositivos de abordaje de los consumos de drogas	32
2.4 Mapa de dispositivos asistenciales de los consumos de drogas en villas de la Ciudad de Buenos Aires	35
2.5 Recapitulación	36
CAPÍTULO 3: EL EQUIPO DE SACERDOTES PARA LAS VILLAS DE EMERGENCIA	37
3.1 El trabajo asistencial de los curas católicos en las villas de la Ciudad de Buenos Aires	37
3.2 Antecedentes: los curas villeros del Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo. Rupturas y continuidades	41
3.3 Primeras respuestas a los consumos de drogas y pronunciamientos públicos	49
3.4 El consumo de drogas como consecuencia de la exclusión social	53
3.5 Recapitulación	56
CAPÍTULO 4: EL HOGAR DE CRISTO	57
4.1 Dispositivos del Hogar de Cristo	57
4.1.1 Los centros barriales	57

4.1.2 Las granjas	63
4.1.3 Las casitas amigables	64
4.1.4 Dispositivos de bajo umbral	66
4.1.5 Dispositivos residenciales	68
4.1.6 “Casa de la Esperanza” y “Casa Libertad”. Dispositivos para problemáticas complejas.....	70
4.1.7 La Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco (AUPA)	71
4.1.8 Mapa de los dispositivos del Hogar de Cristo en la Ciudad de Buenos Aires	74
4.2 La dimensión religiosa	75
4.3 La dimensión territorial	79
4.4 Recapitulación	85
CAPÍTULO 5: CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS QUE CONCURREN AL HOGAR DE CRISTO	87
5.1 Características sociodemográficas	89
5.1.1 Género y edad	89
5.1.2 Conformación del hogar, situación habitacional y lugar de residencia	91
5.1.3 Documentación y acceso a la salud	95
5.1.4 Nivel educativo y situación ocupacional	98
5.2 Pautas de consumo de drogas.....	100
5.2.1 Sustancias de consumo	100
5.2.2 Edad de inicio del consumo	101
5.2.3 Frecuencia de consumo de pasta base/paco	103
5.3 Trayectorias de tratamiento de los consumos de drogas	104
5.3.1 Experiencias de tratamiento previas	104
5.3.2 Motivaciones, formas de acceso y expectativas con el Hogar de Cristo	106
5.4 Recapitulación	108
CAPÍTULO 6: POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES DEL ABORDAJE DEL HOGAR DE CRISTO	110
6.1 La accesibilidad de los dispositivos.....	110
6.2 La integralidad del abordaje.....	113

6.3 El “aislamiento” en el territorio	117
6.4 El “Plan de vida”. La inclusión social como responsabilidad individual	120
6.5 Recapitulación.....	126
REFLEXIONES FINALES	129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXO METODOLÓGICO	151

Agradecimientos

A medida que avanzaba en la elaboración de esta tesis, deseaba que llegara el momento de escribir los agradecimientos. Es sin duda la parte más linda de ella, donde tenemos la posibilidad de reconocer y agradecer a todas las personas que han contribuido en nuestro trabajo y formación.

Agradezco en primer lugar a la educación pública, en la que me “caí” a los 5 años de edad, para no abandonarla nunca más. En ella aprendí a cuestionar lo dado como natural, aprendí sobre la solidaridad y la importancia de la construcción colectiva. En ella me recibí como socióloga y cursé mis estudios de maestría, y a ella espero seguir aportando con mi trabajo y formación.

Agradezco también al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), por permitirme realizar mis estudios doctorales en el marco de una beca de investigación. Ello fue posible gracias al impulso brindado al desarrollo científico durante los gobiernos de Néstor y Cristina Kirchner.

A la Maestría en Estudios Urbanos de la Universidad Nacional de General Sarmiento, sus docentes y personal administrativo, por permitirme formarme en un área de estudio tan relevante para la realidad actual. Agradezco especialmente a Cristina Cravino, directora de la Maestría durante la cohorte 2013-2015, por su compromiso y permanente acompañamiento para que todas/os sus estudiantes podamos finalizar esta etapa. A mis compañeras/os y amigas/os de la maestría, de quienes aprendí en cada clase, en cada viaje en tren y en cada reunión. Por las charlas, los textos y los mates compartidos. Porque nos une la pasión y el compromiso por construir ciudades más justas e igualitarias.

Al Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, sede de mi beca doctoral, por su compromiso con la investigación social crítica y transformadora. A sus directivos, personal administrativo y del Centro de Documentación e Información, por trabajar incansablemente para que tengamos un espacio laboral adecuado.

A mis directores, Ana Clara Camarotti y Daniel Jones, sin cuyo aporte nada de esto hubiese sido posible. Gracias por abrirme las puertas del mundo de la investigación, por orientarme

en el trabajo de campo y en la escritura de la tesis. Gracias por su enorme generosidad, y por enseñarme con el ejemplo que la investigación es siempre un trabajo colectivo y comprometido con la realidad social.

A mis compañeras/os del Área de Salud y Población y de los distintos proyectos de investigación en los que participo, por compartir la pasión por la investigación crítica y comprometida. A Martín Güelman, por su compañía en el trabajo de campo, sus innumerables contribuciones a esta tesis y su invaluable amistad. A Santiago Cunial, Paloma Dulbecco, Romina Ramírez, Pablo Di Leo y Marcos Carbonelli, por sus lecturas, comentarios y sugerencias, que han enriquecido esta tesis y mi formación profesional. A Nuria Romo-Avilés, por su generosidad y sus aportes teóricos y bibliográficos. A Francesca Ferlicca, por su colaboración en la elaboración de los mapas que aquí se presentan.

A mis padres, hermanos y abuelas, por su amor incondicional y su permanente apoyo. Por ser mi sostén y mi mejor escuela.

A Tomás Ferreyra, mi compañero de vida y de luchas cotidianas, por la contención, el aliento y la escucha diaria. Por las reflexiones y la bibliografía compartida. Por todo lo vivido y todo lo que vendrá.

A mis amigas/os de la vida y a mis compañeras/os de militancia, por enseñarme que la felicidad es siempre colectiva. Por compartir la lucha por un país más justo, libre y soberano.

A las y los referentes del Hogar de Cristo, por abrirme las puertas de su institución y compartir conmigo sus experiencias y saberes.

A todas las personas encuestadas, por su tiempo, valentía y fortaleza para superar las adversidades. A ellas dedico este trabajo, con la esperanza de que contribuya a mejorar las respuestas a sus consumos problemáticos de drogas y a sus múltiples situaciones de vulnerabilidad.

Capítulo 1: Introducción

1.1 Objetivos

En esta tesis analizamos las respuestas de un grupo de curas católicos (el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia) a los consumos de drogas (principalmente, aunque no de manera exclusiva, de pasta base/paco) en un territorio particular: las villas de la Ciudad de Buenos Aires. En primer lugar, porque se trata de una respuesta novedosa en el campo de los abordajes de los consumos de drogas, ya que no se presenta exclusivamente como un tratamiento para las adicciones, sino que se propone la inclusión social de quienes recurren al Programa Hogar de Cristo. Para ello, rompe con los tradicionales modelos de abordaje de los consumos de drogas (internación y tratamiento ambulatorio), y propone un enfoque comunitario que contempla a ambos.

En segundo lugar, porque los dispositivos del Hogar de Cristo, lejos de buscar alejar a las personas con consumos problemáticos de su entorno familiar y social, se sitúan en sus lugares de residencia o de consumo habitual. Los centros barriales constituyen una de las primeras respuestas al consumo de drogas que se localizan en -o próximas a- villas de la Ciudad de Buenos Aires. Con posterioridad, algunos dispositivos estatales y de organizaciones de la sociedad civil emprendieron también esta tarea, retomando en muchos casos algunos aspectos de la experiencia del Hogar de Cristo.

En tercer lugar, porque constituye una iniciativa desde un sector de la Iglesia católica, los curas villeros, que ha sido reconocida y financiada por el Estado nacional y de la Ciudad de Buenos Aires, y articula en su trabajo cotidiano con un gran número de instituciones gubernamentales y de la sociedad civil. Los curas villeros tienen una larga tradición de trabajo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, y cuentan con un importante despliegue territorial en estos barrios, lo que ha fortalecido su tarea en el marco del Hogar de Cristo.

Por último, porque se trata de una experiencia escasamente estudiada desde las ciencias sociales, pese a la importancia que reviste en la actualidad para el abordaje de los consumos de drogas en contextos de exclusión social. Diariamente concurren a los dispositivos del Hogar de Cristo cientos de personas, y los curas villeros se han convertido en una referencia indiscutible en los debates públicos sobre la temática.

Los objetivos específicos que serán alcanzados en los siguientes capítulos son:

- Analizar la problemática del consumo de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires y las respuestas existentes, tanto estatales como de la sociedad civil (Capítulo 2).
- Caracterizar al Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, en relación a: su historia, su conformación actual, las tareas que realiza, sus antecedentes y la forma en que definen el consumo de drogas (Capítulo 3).
- Describir el Programa Hogar de Cristo, a partir de: los dispositivos que lo integran, las actividades que se realizan en cada uno de ellos, la composición de sus equipos de trabajo y las dimensiones religiosa y territorial de su abordaje (Capítulo 4).
- Analizar las características socio-demográficas de las personas que concurren al Programa Hogar de Cristo, sus pautas de consumo de drogas y sus trayectorias de tratamiento (Capítulo 5).
- Analizar las potencialidades y limitaciones del abordaje que propone el Hogar de Cristo, teniendo en consideración: su accesibilidad, la integralidad de la propuesta, las dificultades para la recuperación de las personas en sus lugares de consumo y las limitaciones que presenta la propuesta que realizan: el “Plan de Vida” (Capítulo 6).

De esta forma, la tesis se ubica en el cruce de tres campos de estudio. Por un lado, las ciencias sociales de la salud, a partir del análisis del consumo de drogas -principalmente de pasta base/paco- que tiene lugar en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Por otro lado, los estudios sobre religión, y principalmente sobre la Iglesia católica, ya que nos interesa analizar las respuestas desarrolladas por un grupo de curas católicos a esta problemática. Por último, nos adentramos en el debate sobre la exclusión social en las ciudades latinoamericanas, ya que es allí a donde nos ha llevado el análisis de los datos empíricos y la revisión bibliográfica. Este cruce supone algunos desafíos. Por un lado, debatir con las y los autores y teorías propias de cada campo, tan fructíferas en la región. Por otro lado, intentar ponerlas en diálogo, para que iluminen los datos obtenidos en el trabajo de campo y nos permitan construir conocimiento sobre una problemática que genera un gran padecimiento a un número creciente de personas.

1.2 Estrategia metodológica

Esta tesis se enmarca en una investigación colectiva titulada “Iniciativas religiosas en prevención y asistencia en jóvenes con consumos problemáticos de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)”, dirigida por Ana Clara Camarotti.¹ En dicho estudio relevamos y analizamos comparativamente un total de veintiséis instituciones religiosas o de dimensión espiritual destinadas al abordaje de los consumos problemáticos de drogas en el AMBA. Del total de centros relevados, seis pertenecen al Programa Hogar de Cristo, y constituyen las únicas instituciones religiosas que se localizan en villas de la Ciudad de Buenos Aires.

La presente tesis constituye un estudio de caso sobre los dispositivos del Programa Hogar de Cristo para el abordaje de los consumos de drogas localizados en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo. Para alcanzar los objetivos propuestos, utilizamos una estrategia metodológica mixta, que combina distintas técnicas de construcción de los datos.

En primer lugar, realizamos observación participante en los seis dispositivos del Hogar de Cristo localizados en -o próximos a- villas de la Ciudad de Buenos Aires:

- Centro barrial San Alberto Hurtado (villa 21-24 y Zavaleta, Barracas)
- Centro barrial Padre Mugica (Villa 31bis, Retiro).
- Centro barrial Don Bosco (Barrio Charrúa, Bajo Flores).
- Hogar Santa María (villa 1-11-14, Bajo Flores).
- Centro barrial San Francisco y Santa Clara (Barrio Rivadavia I, Bajo Flores).
- Centro barrial Juan Pablo II (Barrio Ramón Carrillo, Villa Soldati).

Las observaciones fueron realizadas entre marzo de 2015 y noviembre de 2016, y registradas en notas de campo. Asimismo, concurrimos a reuniones de los equipos de trabajo, a grupos terapéuticos de las personas que asisten, talleres, seminarios y otras actividades de formación impulsadas por los curas villeros. La concurrencia con una

¹ Proyecto PICT 2012-2150. Investigadores responsables: Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo y Daniel Jones. Integrantes del equipo de trabajo: Santiago Cunial, Paloma Dulbecco, Romina Ramírez, Martín Güelman y Ana Laura Azparren.

periodicidad semanal durante casi dos años a distintos dispositivos nos permitió conocer en profundidad la experiencia del Programa Hogar de Cristo.

Por otro lado, realizamos un total de dieciséis entrevistas semi-estructuradas a informantes clave del Hogar de Cristo. Los informantes fueron seleccionados procurando cubrir distintos perfiles (sacerdotes, profesionales, operadoras/es, voluntarias/os, ex usuarias/os)² y tipos de dispositivos (centro barrial, hogar residencial, carpa de atención, dispositivo de bajo umbral). La guía de pautas de la entrevista indagó sobre las siguientes dimensiones: historia y formas de organización, características del tratamiento que ofrecen, actividades que desarrollan, características de las personas que concurren, dimensión religiosa del abordaje, vinculaciones del dispositivo con agencias gubernamentales, y vinculaciones con instituciones no gubernamentales localizadas en el territorio. Las entrevistas fueron transcritas y posteriormente codificadas mediante la utilización del programa para análisis cualitativo *Atlas ti*.

Por último, aplicamos una encuesta a las personas que concurren diariamente a alguno de los dispositivos del Hogar de Cristo. La guía para la realización de la encuesta fue tomada del proyecto “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) (Proyecto SMS1207, Investigadora responsable en Argentina: Dra. Ana Clara Camarotti), en tanto se trata de un instrumento validado a nivel internacional, y que cuenta con el aval del Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC).³ Realizamos la adaptación de dicho instrumento a la realidad local, y lo aplicamos en 150 casos. Las encuestas indagaron en las siguientes dimensiones:

- Aspectos sociodemográficos: género, edad, situación conyugal, personas con las que convive, situación habitacional, lugar de residencia, nacionalidad, tenencia de

² A lo largo de la tesis, procuramos evitar un lenguaje sexista que invisibilice a las mujeres entrevistadas, por lo que utilizamos todo lo posible los artículos “las y los” y expresiones genéricamente neutrales, como personas, casos y profesionales. Los eventuales usos del genérico masculino sólo serán en frases acotadas, en las que consideramos que -por el desarrollo del párrafo- no invisibilizan la presencia de mujeres y que la inclusión sistemática de “las y los” quita fluidez a la lectura.

³ Larrea 1381 – 3 “A” – C1117ABK – CABA – Tel/Fax 011 4826 3962 – comitedeetica@fibertel.com.ar

DNI, cobertura médica, problemáticas de salud, nivel educativo y situación ocupacional.

- Consumos de drogas: sustancias de consumo, edad de inicio del consumo, y frecuencia de uso antes de ingresar al dispositivo.
- 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.

La encuesta fue aplicada a personas de 18 años o más que concurren a alguno de los dispositivos del Hogar de Cristo por presentar consumo de pasta base/paco. Las mismas fueron realizadas entre junio y noviembre de 2015. El total de 150 encuestas quedó distribuido de la siguiente manera:

- Centro barrial San Alberto Hurtado: 66 encuestas
- Hogar Santa María: 26 encuestas
- Centro barrial Padre Mugica: 18 encuestas
- Centro barrial Don Bosco: 15 encuestas
- Centro barrial San Francisco y Santa Clara: 15 encuestas
- Centro barrial Juan Pablo II: 10 encuestas

La distribución estuvo vinculada con la disponibilidad y accesibilidad en cada centro, así como con la cantidad de personas que asiste diariamente a cada uno. Las encuestas fueron editadas, y sistematizadas mediante el programa *SPSS* de análisis cuantitativo.

Durante el desarrollo del trabajo de campo tomamos en consideración los lineamientos éticos para la investigación en ciencias sociales y humanas del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina.⁴

La combinación de técnicas cualitativas (observación participante y entrevistas semi-estructuradas) y cuantitativas (encuestas) para la construcción de la evidencia empírica nos permitió responder a los objetivos propuestos. Los datos primarios fueron complementados

⁴ Resolución 2857/2006. En el anexo metodológico se presentan los consentimientos informados utilizados para esta investigación.

con la búsqueda y sistematización de documentos e informes elaborados por los curas villeros o por otros miembros del Hogar de Cristo.

1.3 Construcción del problema de investigación

Los consumos de drogas⁵ constituyen una práctica social que se encuentra inmersa en un complejo entramado de relaciones sociales, políticas y económicas, situadas espacio-temporalmente. Las drogas no existen como algo independiente de las significaciones que adquiere su uso en distintos momentos históricos y espacios geográficos. Como afirman Robert Castel y Anne Coppel, “lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe” (1994: 230).⁶

En el campo de la salud, el consumo de drogas es ubicado en la interrelación de tres elementos: sujetos, sustancias y contextos (Zinberg, 1984; Camarotti, 2010; Romaní, 2011). Asimismo, se distinguen distintos tipos de uso (recreativos, terapéuticos, religiosos, lúdicos, problemáticos) y frecuencias de uso (experimental, ocasional, intensiva y compulsiva, entre otras). El consumo de drogas es definido como problemático cuando afecta negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos), sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio), o sus relaciones con la ley (El Abrojo, 2007).

En Argentina, la primera institución especializada en el tratamiento del consumo problemático de drogas fue el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT), creado en 1966 en el marco de la cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos, dirigida por el profesor Alberto Ítalo Calabrese (Renoldi, 1998; Rodríguez, 2009). Pocos meses después, por medio de un convenio entre dicha cátedra y la entonces Secretaría de Salud Pública, fue creado el Centro de Prevención de la Toxicomanía (CEPRETOX) (Touzé, 2006; Levin, 2013). En 1972 se fundó el Servicio de Toxicomanías

⁵ Cuando nos referimos a “drogas” hacemos alusión tanto a sustancias legales (alcohol y tabaco), como a sustancias de uso indebido (psicofármacos y solventes o inhalantes), y a sustancias ilegales (entre las que se destacan la marihuana, la cocaína y la pasta base/paco, por ser las de mayor circulación en el contexto local).

⁶ A lo largo de la tesis, utilizaremos la bastardilla para los términos en lengua extranjera y para la primera mención de los conceptos de otros autores o propios. Las comillas serán empleadas para las citas textuales de la bibliografía y para expresiones de participantes de la investigación (fragmentos de entrevistas y categorías nativas).

en el Hospital “José Tiburcio Borda”, y en 1973 se creó el Centro Nacional de Reeducción Social (CE.NA.RE.SO),⁷ institución pionera en la asistencia integral a personas con adicciones (Camarotti, 2010).

En paralelo a las respuestas estatales, los primeros abordajes para la problemática del consumo de drogas desde la sociedad civil fueron desarrollados por organizaciones religiosas, fundamentalmente cristianas (tanto católicas como evangélicas). Desde mediados de la década de 1970 comenzaron a funcionar en diferentes iglesias grupos de autoayuda integrados y conducidos por ex adictos, sin participación de profesionales, y en 1982 se fundó la primera comunidad terapéutica de Argentina, el “Centro de Rehabilitación Cristiano de Adicciones Programa Andrés” (Camarotti, 2010).

En 1989 el Estado nacional sancionó la ley 23.737 -vigente hasta la fecha-, que establece la penalización de la tenencia de drogas para consumo personal, y brinda la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento compulsivo por derivación judicial como alternativa a la condena penal (artículo 14). Asimismo, en 1995 se sancionó la ley 24.455, que establece la obligatoriedad de las obras sociales de prestar tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes. Esta obligación fue extendida al año siguiente a las entidades que prestan servicios de medicina prepaga, con la sanción de la ley 24.754.

Ello produjo una demanda considerable de tratamientos, que fue absorbida mayoritariamente por organizaciones de la sociedad civil. De esta forma, la cantidad de instituciones dedicadas al abordaje de los consumos de drogas aumentó considerablemente durante la década de 1990, financiadas a través de un régimen de becas otorgadas por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).⁸

⁷ A partir de la intervención del Poder Ejecutivo Nacional en 2012, su nombre fue reemplazado por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte”. En agosto de 2016 el Congreso de la Nación aprobó ese cambio de denominación mediante la Ley 27.267.

⁸ La SEDRONAR es el organismo responsable de coordinar las políticas nacionales de lucha contra las adicciones. Fue creada en 1989 por el entonces presidente Carlos Menem. A partir de la asunción de Roberto Moro como secretario general en diciembre de 2015, la SEDRONAR pasó a llamarse Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas.

Estas instituciones fueron adoptando distintas metodologías de trabajo: comunidades terapéuticas, tratamientos ambulatorios, programas de desintoxicación hospitalaria y hospitales de día, entre otros. Las comunidades terapéuticas constituyen centros residenciales en los que los internos conviven de forma continua con miembros del equipo técnico que pueden o no residir en la institución. A diferencia de la lógica manicomial, donde los internos pueden permanecer indefinidamente, los tratamientos en las comunidades terapéuticas tienen una duración prefijada, ya sea a partir de criterios temporales o bien del logro de ciertos objetivos por parte de las personas residentes (Comas-Arnau, 2010). Los tratamientos ambulatorios y los hospitales de día, por su parte, no implican la residencia en el centro, sino la concurrencia en horarios prefijados a actividades pautadas por la institución (grupos terapéuticos, talleres de formación, terapia individual, entre otros). Mientras los tratamientos ambulatorios suelen ser de algunas horas semanales, los hospitales de día requieren la asistencia diaria y por un período extenso de tiempo al centro. Los programas de desintoxicación hospitalaria, por último, constituyen espacios de internación en Hospitales generales o monovalentes, donde se trabaja sobre el momento de crisis de consumo del paciente, pero no implica un acompañamiento a largo plazo.

En la gran mayoría de los casos, estos dispositivos adoptan un *modelo psicológico*, que hace foco en las trayectorias individuales y familiares de las personas consumidoras de drogas como factores causales de la problemática (Kornblit, 2004). Este modelo se basa en el paradigma abstencionista, que exige la supresión del uso de drogas como condición de inicio para cualquier tratamiento. El abstencionismo fue prácticamente el único modelo de intervención socio-sanitaria hasta fines del siglo XX, cuando surgieron algunas experiencias basadas en el *modelo de reducción de daños*. Este modelo parte de reconocer la imposibilidad de evitar el uso de drogas y del derecho del sujeto a continuar con dicha práctica, y busca minimizar el daño que este consumo produce en él mismo y/o en otros. La reducción de daños surge principalmente como una estrategia para prevenir la propagación del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en usuarios de drogas inyectables (Romaní, 2008; Menéndez, 2012), y promueve la adopción de prácticas de consumo seguras (a través de la provisión de jeringas esterilizadas por ejemplo), y la sustitución de determinadas sustancias por otras menos nocivas para la salud.

A partir de comienzos del siglo XXI en Argentina, comienzan a desarrollarse respuestas alternativas -tanto estatales como desde la sociedad civil- al paradigma abstencionista, que priorizan los abordajes ambulatorios y localizados en territorios vulnerabilizados a los tratamientos de internación. Estas nuevas formas de abordar los consumos de drogas se encuentran vinculadas con la emergencia y aumento del consumo de pasta base/paco en esos territorios a principios de la década de 2000 (Epele, 2010).

Dentro de las políticas estatales desarrolladas se destacan: la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en 2010, que incluye a las adicciones como parte integrante de las políticas de salud mental; la decisión del gobierno nacional de circunscribir la actividad de la SEDRONAR a la prevención, capacitación y asistencia de adicciones, quitando de su órbita las tareas relacionadas con el combate al narcotráfico (decreto 48/2014); y la sanción de una nueva Ley Nacional de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos en 2014 (Ley 26.934), que prioriza los tratamientos ambulatorios y considera la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo y extremo, en consonancia con la Ley de Salud Mental. Por otro lado, desde la SEDRONAR comienzan a desarrollarse nuevas estrategias de abordaje de los consumos de drogas, como los Puntos de Encuentro Comunitario, los Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA), y las Casas Educativas Terapéuticas (CET). Los Puntos de Encuentro Comunitario son equipos de actores territoriales que se referencian en un espacio comunitario y reciben financiamiento de la SEDRONAR para la realización de tareas de prevención y asistencia de los consumos problemáticos de drogas (SEDRONAR, 2014a). Los CEPLA son espacios de prevención y contención, donde se realizan actividades de recreación, formación y acompañamiento personal (SEDRONAR, 2014b). Las CET, por último, son dispositivos residenciales de integración comunitaria para la atención y tratamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias (SEDRONAR, 2014c). Todos estos dispositivos se localizan prioritariamente en territorios de alta vulnerabilidad social (Página web SEDRONAR, 2014)

Se observa así un cambio de enfoque en las propuestas de atención a los consumos de drogas, desde un *paradigma prohibicionista-abstencionista* (Corda, Galante y Rossi, 2014), que propone la internación y la reclusión del “adicto” en tanto enfermo, a otro que entiende

el consumo de drogas como una cuestión de inclusión social (Cunial, 2014) y prioriza los abordajes ambulatorios y localizados en territorios vulnerabilizados.

Este cambio de enfoque ha sido promovido también desde algunos organismos y redes internacionales (Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y otras adicciones -RIOD-, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos -CICAD/OEA-), que proponen lineamientos que priorizan los abordajes comunitarios. El modelo de abordaje comunitario toma en cuenta el contexto social, cultural y económico en el que se desarrolla la vida de las personas consumidoras de drogas, y busca trabajar desde las redes que componen ese entramado social. En este enfoque, el territorio cotidiano de las personas con consumos problemáticos de drogas constituye el punto de partida para el trabajo comunitario (Camarotti, 2013).

Alejandro Capriati, Ana Clara Camarotti, Pablo Francisco Di Leo, Gabriela Wald y Ana Lía Kornblit (2014), a partir del análisis de las experiencias de intervención de distintas organizaciones de la sociedad civil, distinguen un conjunto de características que definen al *modelo socio-comunitario*: la promoción de la salud, la integralidad, la importancia asignada a la vulnerabilidad social, el trabajo en redes, la autogestión y la sostenibilidad a largo plazo.

Estas transformaciones en las políticas de atención de los usuarios de drogas ponen en escena la necesidad de analizar estos nuevos dispositivos situados en territorios vulnerabilizados, desplegados tanto desde el Estado como desde la sociedad civil, que han sido escasamente estudiados por las ciencias sociales.

Entre los estudios que analizan este modelo de abordaje integral comunitario en Argentina se destacan los trabajos de Capriati *et al.* (2014), “La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar”; Kornblit, Camarotti, Capriati, Di Leo y Wald (2014), “Una propuesta para sistematizar experiencias en el abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas”; y Camarotti y Kornblit (2015), “Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo”. En éstos se plantea la importancia de

sistematizar las experiencias de las distintas instituciones públicas y de la sociedad civil que trabajan desde el modelo de abordaje integral comunitario, para poder así “recuperarlas y evitar la pérdida de iniciativas locales” (Camarotti y Kornblit, 2015: 220).

En relación al Hogar de Cristo, relevamos tres trabajos que analizan la experiencia desde ámbitos no académicos. El libro *Cuerpo a Cuerpo. Hogar de Cristo en las Villas de Buenos Aires* (2013), constituye una sistematización del trabajo de los curas villeros realizada por Víctor Primc; y *Curas Villeros. De Mugica al padre Pepe* (2010) consiste en una crónica periodística sobre el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, elaborada por Silvina Premat. Más recientemente, el libro *Padre Pepe Di Paola. Dalla Fine del mondo* (D’ Antonio y Guarnieri, 2017), publicado en Italia, describe el centro barrial “Gauchito Gil”, un dispositivo del Hogar de Cristo localizado en la localidad de José León Suárez, en el Gran Buenos Aires.

En la literatura académica no encontramos trabajos que sistematicen y analicen en profundidad la experiencia del Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. En virtud de dicha vacancia, en esta tesis nos proponemos emprender esa tarea, con el propósito de contribuir al desarrollo de respuestas más adecuadas a la problemática compleja del consumo de drogas en contextos de exclusión social.

1.4 Estructura de la tesis

La tesis se estructura de la siguiente manera.

En el **capítulo 2** analizamos la problemática del consumo de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, describimos brevemente la historia y características de estos territorios y analizamos las transformaciones suscitadas en ellos a partir de la emergencia del consumo de pasta base/paco a principios de la década de 2000. Por último, presentamos un relevamiento de las respuestas estatales y no estatales a los consumos de drogas que se localizan en -o próximas a- estos barrios.

En el **capítulo 3** describimos el trabajo del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia en los barrios vulnerabilizados de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, reconstruimos su historia y conformación actual como Equipo, así como sus antecedentes

inmediatos: los curas villeros del Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo, y analizamos las continuidades y rupturas con este primer Equipo de curas. Posteriormente, realizamos un recorrido por las primeras respuestas a los consumos de drogas, hasta que fundan en 2008 el Hogar de Cristo en la villa 21-24 de Barracas. Por último, analizamos la forma en que los curas villeros definen el consumo de pasta base/paco en estos territorios como una consecuencia de la exclusión social.

En el **capítulo 4** analizamos las principales características del Programa Hogar de Cristo. Para ello, describimos los dispositivos que lo integran, las actividades que se realizan en cada uno de ellos y la composición de sus equipos de trabajo, incluyendo lo que denominan la cooperativa de “Acompañantes de Usuarios de Paco” (AUPA). Posteriormente, realizamos un análisis de las dimensiones religiosa y territorial de su abordaje.

En el **capítulo 5** describimos las principales características de las personas que concurren a los distintos dispositivos del Programa Hogar de Cristo. Para ello, analizamos sus principales dimensiones socio-demográficas, sus pautas de consumo de drogas y sus trayectorias de tratamiento. Estos resultados son comparados con estudios realizados en otros centros de tratamiento de Argentina y en otros países del cono sur.

En el **capítulo 6** analizamos las potencialidades y limitaciones del abordaje que proponen los curas villeros. Para ello, analizamos la accesibilidad de sus dispositivos, la integralidad del abordaje, las dificultades para la recuperación en el lugar de consumo y las limitaciones que presenta la propuesta que realizan: el Plan de vida.

Finalizamos la tesis con una recapitulación de los principales hallazgos y aspectos abordados, y la formulación de interrogantes a ser trabajados en futuras investigaciones.

Capítulo 2: El consumo de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires

En este capítulo describimos brevemente los territorios de abordaje del Hogar de Cristo: las villas de la Ciudad de Buenos Aires, y analizamos las particularidades que adquiere el consumo de drogas en estos barrios. Asimismo, presentamos un relevamiento de las respuestas actualmente existentes para la atención y tratamiento de las problemáticas de consumos de drogas en -o próximas a- estos territorios.

2.1 Las villas de la Ciudad de Buenos Aires: breve caracterización

Como afirman Luis Fernández y Marta Pinto (2004), al análisis de las dimensiones psicológica, social y biológica del fenómeno drogas debe sumarse el del espacio donde aquel ocurre. En esta tesis nos interesa indagar en el consumo de drogas que tiene lugar en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, ya que es allí donde se localizan los dispositivos del Hogar de Cristo y donde reside la mayor parte de la población que concurre a ellos. Los centros barriales del Hogar de Cristo se ubican en las tres villas más pobladas de la Ciudad: la villa 21-24 (29.782 habitantes), la villa 31 y 31 bis (26.492 habitantes) y la villa 1-11-14 (25.973 habitantes) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC, 2010).⁹ Asimismo, existen dispositivos en los barrios de Flores, Rivadavia I (Bajo Flores) y Ramón Carrillo (Villa Soldati).¹⁰

Las villas presentan ciertas características que las distinguen del resto de la Ciudad y que colocan en una situación de mayor vulnerabilidad a sus habitantes. En primer lugar, se trata de barrios cuyos conjuntos de viviendas conforman una trama urbana irregular (no

⁹ Las villas fueron nominadas con números por la última dictadura militar, en sus intentos de erradicarlas, con el objetivo de borrar su historia e identidad como barrios. Sin desconocer el origen dictatorial de dichas denominaciones, las utilizaremos a lo largo de la tesis, por ser aún hoy las de mayor utilización pública.

¹⁰ El barrio Rivadavia I es un conjunto habitacional construido en el año 1957 por medio de un financiamiento otorgado por el Banco Hipotecario Nacional a los futuros propietarios (Palombi, 2009). La última dictadura militar rebautizó al barrio como “Villa 44”, con el objetivo de erradicarlo (Blaustein, 2001). Con el regreso de la democracia, el barrio Rivadavia I fue parcialmente urbanizado. El barrio Ramón Carrillo, por su parte, fue construido en la década de 1990 por la entonces Comisión Municipal de la Vivienda, con el objetivo de relocalizar a las más de 700 familias que residían en el Albergue Warnes. Con el correr de los años y la ausencia de políticas públicas, las condiciones de vida de sus habitantes empeoraron drásticamente, por lo que actualmente sus más de 15 mil habitantes residen en condiciones de hacinamiento y precariedad.

amanzanada), que presentan deficiencias en el acceso formal a los servicios básicos y una situación dominial irregular en la tenencia del suelo. En segundo lugar, las villas constituyen espacios cerrados simbólicamente, en tanto no suelen ser transitados por personas que no residen allí. Como afirma Cristina Cravino (2009), los habitantes de las villas son portadores de adscripciones estigmatizantes por parte del resto de la sociedad.

Las villas pueden ser definidas como una modalidad popular de acceso al suelo urbano en las ciudades capitalistas (Arqueros *et al.*, 2011). En Buenos Aires, las villas surgen a partir de las décadas de 1920 y 1930 a raíz de las migraciones internas del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de trabajo y de vida. Desde la década de 1940 comienzan a ser un fenómeno masivo, en un contexto de ascenso social y aumento del empleo, a partir de la profundización del proceso de industrialización por sustitución de importaciones (Arqueros *et al.*, 2011). Sin embargo, es recién a partir de la dictadura militar de 1955 que las villas comienzan a construirse política y conceptualmente como un problema social y urbano específico (Yujnovsky, 1984).

Durante la última dictadura militar, gran parte de los habitantes de las villas de la Ciudad de Buenos Aires fueron violentamente erradicados. Según Eduardo Blaustein (2001), la población villera pasó de 225 mil habitantes a principios de la década de 1970, a poco más de 25 mil al finalizar la dictadura. Con el regreso de la democracia en 1983, las villas comenzaron a repoblarse. Las reformas neoliberales iniciadas en la última dictadura militar y profundizadas en la década de 1990 generaron un aumento de la pobreza, del desempleo y de la marginación social, que afectó con particular intensidad a los habitantes de estos barrios.

En la última década las políticas del Gobierno de la Ciudad destinadas a estos territorios se han caracterizado por la fragmentación, la regresividad presupuestaria y la adopción de políticas transitorias y provisionales antes que políticas estructurales y definitivas de inclusión urbana, lo que ha redundado en un aumento de la vulnerabilidad social de sus habitantes (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia-ACIJ, 2016). Como afirman Cristina Cravino y Ariel Palombi (2015), el Gobierno del PRO en Buenos Aires ha combinado una gestión neoliberal de la ciudad con proyectos de mejoramiento del espacio

público en las villas, sin modificar sus condiciones habitacionales y de infraestructura, su hacinamiento y su condición de barrios estigmatizados.

Según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010, 163.587 personas habitan en villas de la ciudad de Buenos Aires, lo que significa un incremento del 53% respecto del Censo de 2001 y de un 223% respecto del Censo de 1991 (INDEC, 1991; 2001). Sin embargo, otras estimaciones (ACIJ, 2016) afirman que actualmente cerca de 300 mil personas (casi el 10% de la población total de la Ciudad) residen en las 15 villas, 24 asentamientos y 2 núcleos habitacionales transitorios de la Ciudad, lo que implicaría un incremento poblacional aún mayor. Este crecimiento exponencial de los habitantes de las villas contrasta con la dinámica de la población general de la Ciudad, que para el mismo período prácticamente no se modificó (Rodríguez, 2015).

Retomando el análisis de Eduardo Lépole (2012), podemos afirmar que las villas presentan condiciones habitacionales, educativas, laborales y de salud más precarias que otros barrios de la Ciudad. La mitad de las personas vive en situación de hacinamiento (en contraste con el 8% que reside en estas condiciones en la población general de la Ciudad) y el 60% habita en viviendas inadecuadas. En relación al máximo nivel educativo alcanzado, los autores afirman que el 78% de los habitantes adultos de las villas no ha finalizado sus estudios obligatorios, lo que contrasta con el 36.6% de la población general de la Ciudad que no ha concluido este nivel. La desocupación y subocupación también es mayor en las villas que en el resto de la Ciudad, y la gran mayoría de las personas que trabajan (2 de cada 3) lo hacen en empleos no registrados. Asimismo, el 90% de los trabajadores que residen en las villas tienen un ingreso por debajo del salario mínimo. En relación a la cobertura de salud, mientras sólo el 18% de la población de la Ciudad depende exclusivamente del sistema público, en las villas ese porcentaje se eleva al 80%. Por último, la tasa de mortalidad infantil es del 8.3 en la Ciudad y se eleva a 13 en las villas (Lépole, 2012).

Estas diferencias entre los indicadores de las villas y los del resto de la Ciudad de Buenos Aires dan cuenta de una concentración espacial de la pobreza, que “refuerza las brechas históricas que separan las zonas norte y sur, en tanto principal línea de demarcación socioeconómica” (Lépole, 2012: 107). En efecto, la gran mayoría de las villas se localizan en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, principalmente en las comunas 4 y 8.

De esta forma, las villas pueden ser definidas como territorios segregados. La *segregación residencial* es “el grado de proximidad espacial o de aglomeración territorial de las familias pertenecientes a un mismo grupo social, ya sea en términos étnicos, etarios, religiosos o socioeconómicos” (Sabatini, Cáceres y Serda, 2001: 27). Como afirman Mercedes Di Virgilio y Mariano Perelman (2014), en las ciudades latinoamericanas la segregación se da principalmente por motivos socioeconómicos, generándose barrios de concentración de la pobreza y otros donde se concentran los sectores más favorecidos.¹¹ Las desigualdades sociales adquieren así una dimensión territorial, que a su vez refuerza y profundiza dichas desigualdades.

Esta segregación puede convertirse en *aislamiento social* de los pobres urbanos (Kaztman, 2001), al reducirse los ámbitos de interacción entre sectores de distintos estratos socioeconómicos. Como afirma Fernando Groisman: “Una de las consecuencias más negativas de la segregación urbana es que sitúa los estratos sociales en un contexto de socialización e interacción uniforme, que propicia la naturalización de las diferencias en la estructura social” (2010: 432).

2.2 Consumo y circulación de drogas en las villas

Diversos autores (Touzé, 2006; Míguez, 2007; Epele, 2010; Observatorio Argentino de Drogas/SEDROAR, 2012; Camarotti y Güelman, 2013) coinciden en afirmar que hacia fines de 1990 y principalmente a principios de la década de 2000 se produjo la emergencia y extensión del consumo de una nueva sustancia derivada de la cocaína en las villas de la Ciudad de Buenos Aires: la pasta base. La pasta base de cocaína (comúnmente denominada *paco*) es una sustancia conformada por sulfato de cocaína y otros alcaloides e impurezas (querosén, alcohol metílico y ácido sulfúrico), que se obtiene en la fase intermedia del proceso de transformación de la hoja de coca en clorhidrato de cocaína (Touzé, 2006). Se trata de una sustancia muy adictiva, y su uso prolongado o intenso provoca en las personas usuarias un fuerte deterioro neurológico e intelectual, alteraciones pulmonares y cardíacas, pérdida de peso y estado de abandono personal (OAD/SEDROAR, 2012).

¹¹ Un estudio ya clásico sobre los barrios de concentración de la riqueza lo constituye el trabajo de Maristella Svampa (2001), *Los que ganaron. La vida en los countries y barrios privados*.

La emergencia del uso de esta sustancia se encuentra vinculada con el acelerado deterioro de las condiciones de vida producto de las políticas neoliberales implementadas en la década de 1990, y con la devaluación del peso argentino respecto al dólar, que generó un aumento considerable del precio de la cocaína (Castilla y Lorenzo, 2012).

Existen pocos estudios que den cuenta de la magnitud del consumo de drogas en general, y de pasta base/paco en particular, en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Con el objetivo de cubrir dicha vacancia, el Observatorio Argentino de Drogas de la SEDRONAR realizó en el año 2012 un estudio para medir la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, construyó una muestra probabilística de la población de 12 a 35 años que habita en once villas de la Ciudad de Buenos Aires, comprendiendo las de mayor cantidad de población. A partir de un cuestionario semi-estructurado, el OAD/SEDRONAR realizó encuestas en manzanas seleccionadas, conformando una muestra efectiva de 772 personas representativas de unos 45.926 habitantes (OAD/SEDRONAR, 2012: 13).

El estudio realizado por la SEDRONAR arrojó que en todas las sustancias psicoactivas (con excepción de la marihuana), la prevalencia de vida del consumo de drogas es mayor en las personas que habitan en villas que en la población general.¹² En relación al consumo de pasta base/paco, el estudio arrojó que mientras que en la población general de 12 a 35 años el consumo realizado alguna vez en la vida alcanza al 0.6% de la población, en las villas dicha prevalencia es del 10.2%, es decir, unas 17 veces mayor.

En relación a la magnitud del consumo de pasta base/paco ocurrido durante los últimos 12 meses anteriores a realizarse la encuesta, el estudio evidenció también una clara diferencia entre la población general y la población que habita en estos territorios. Mientras en la primera la prevalencia es del 0.05%, en las villas la prevalencia en los últimos 12 meses alcanza el 6%.

El estudio realizado por la SEDRONAR indagó también sobre la percepción de facilidad de acceso a las drogas. En relación a la pasta base/paco, el 60.3% de la población que habita

¹² La prevalencia de vida refiere al consumo realizado alguna vez en la vida. Las sustancias indagadas fueron: tabaco, alcohol, tranquilizantes, estimulantes, marihuana, cocaína, pasta base/paco, solventes/inhalantes, éxtasis, alucinógenos, ketamina y anfetaminas.

en villas manifestó que le resulta accesible, mientras que en la población general ese porcentaje desciende al 25%. Asimismo, el 42% de las personas encuestadas en este estudio manifestó tener alguna persona con consumo problemático de drogas en su entorno, mientras que ese porcentaje es del 28% en la población general.

De esta forma, la pasta base/paco ha transformado profundamente las dinámicas de los territorios de las villas. Como afirman María Victoria Castilla, Celeste Olsen y María Epele:

La rápida expansión del consumo de PB/paco en poblaciones vulnerables del área metropolitana de Buenos Aires ha modificado no sólo las prácticas de consumo de drogas en contextos de pobreza y marginación social sino también las dinámicas vinculares en estas poblaciones (2012: 19).

Se produce así un fenómeno novedoso, donde personas que no viven en las villas concurren a ellas para comprar drogas o consumir, y se quedan allí “varadas”. En el informe del OAD/SEDRONAR son definidos como *turistas*, personas que se acercaron a las villas para comprar sustancias y terminan residiendo allí en situación de calle y de consumo.

Este aumento del consumo y circulación de drogas en las villas desde principios de la década de 2000 ha contribuido a incrementar los procesos de *estigmatización territorial* de estos barrios (Wacquant, 2007; Kessler y Dimarco, 2013). La estigmatización territorial es el proceso por el cual un determinado espacio queda reducido a ciertos atributos negativos, que aparecen magnificados y estereotipados. A su vez, ese estigma se hace extensivo a sus habitantes, lo que implica nuevas carencias o el reforzamiento de otras previas (Kessler y Dimarco, 2013).

La estigmatización de estos territorios mediante su vinculación directa con el “mundo de las drogas” es utilizada muchas veces para legitimar acciones represivas o intervenciones urbanas en estos barrios. Como afirman Luís Fernández y Alexandra Ramos:

(...) reconocida la dimensión territorial de la exclusión, las drogas se vinculan con algunas zonas "de marginalidad", que pasan a constituir blancos privilegiados para la acción policial de "lucha contra el tráfico". La retórica

política las ve como causa de la exclusión, manipulando la alarma social que el tema ya naturalmente genera, para justificar operaciones urbanas de "limpieza de terrenos", que quedan libres para la reentrada en el circuito lucrativo de la ciudad (2010: 16. La traducción es propia, las comillas son del original).

Por otro lado, en un estudio realizado por el Poder Judicial de la Ciudad de Buenos Aires sobre el consumo de pasta base/paco en el cinturón sur (Gallardo *et al.*, 2016), se afirma que en las villas no sólo se encuentra más extendido el consumo de drogas, sino que el mismo tiene mayores posibilidades de convertirse en problemático:

El escenario de barrios populares, villas y asentamientos presenta como rasgo distintivo una mayor susceptibilidad de que los usos de drogas devengan en consumos que generen problemas para la salud física y/o psíquica, fragilicen los vínculos familiares y afectivos, profundicen los desencuentros con el ámbito escolar y el mundo del trabajo, y multipliquen los conflictos con la policía y el sector judicial (Gallardo *et al.*, 2016: 56).

Esta hipótesis se fundamenta en la combinación de una serie de factores, entre los que se destacan: peores condiciones de vida, menos recursos estatales y comunitarios tanto para la prevención de la salud como para la atención y el tratamiento, escasos espacios recreativos y culturales juveniles, y mayor circulación y disponibilidad de sustancias de peor calidad, mayor toxicidad y mayor nivel de dependencia (Gallardo *et al.*, 2016).

Las villas presentan así particularidades en torno a los consumos de drogas. Por un lado, el uso de sustancias tiene mayores posibilidades de convertirse en problemático y, por otro, la prevalencia de consumo de drogas en general, y de pasta base en particular, es mayor en estos territorios que en la población general. Pese a ello, existen pocos dispositivos estatales y de la sociedad civil que realicen un abordaje de los consumos de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. A continuación, presentamos un relevamiento de las respuestas a los consumos de drogas situadas en estos barrios o en sus proximidades.

2.3 Dispositivos de abordaje de los consumos de drogas

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, los consumos problemáticos de drogas son abordados desde distintos organismos estatales, tanto nacionales como del Gobierno de la Ciudad. Entre los primeros, el tratamiento de las adicciones se encuentra a cargo de tres organismos: la SEDRONAR, la Dirección de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, y el Hospital Nacional en Red “Licenciada Laura Bonaparte” (Ex CE.NA.RE.SO).

Dentro de la SEDRONAR, la asistencia a las personas con consumos problemáticos se encuentra a cargo de la Dirección Nacional de Asistencia, dependiente de la Subsecretaría de Prevención, Capacitación y Asistencia de las Adicciones, y se realiza a través del Centro de Evaluación y Derivación (CEDECOR). El CEDECOR atiende a las personas con consumos problemáticos, efectúa el diagnóstico pertinente, y las deriva al tratamiento que considere adecuado (en general, a comunidades terapéuticas con convenio con SEDRONAR). La atención se efectúa personalmente en la sede del organismo, o a través de una línea telefónica gratuita. En el caso de la población que habita en villas de la Ciudad de Buenos Aires, la atención se realiza en los CEDECOR descentralizados, dispositivos compuestos por un grupo de profesionales que atienden en estos territorios. Las villas donde funcionan los CEDECOR descentralizados son: Villa 21-24 (Barracas), Villa 1-11-14 (Bajo Flores), Villa 31 (Retiro), Villa 3 (Soldati) y Villa 15 (Ciudad Oculta) (Página web SEDRONAR). Los CEDECOR descentralizados no cuentan con espacios físicos propios, por lo que muchas veces desarrollan su trabajo en instalaciones de distintas organizaciones barriales, entre las que se destaca el Hogar de Cristo.

La Dirección de Salud Mental y Adicciones, por su parte, es un organismo del Ministerio de Salud de la Nación, que promueve y coordina redes locales, regionales y nacionales para la atención primaria de la salud mental y de las adicciones. Esta Dirección no cuenta con instituciones que trabajen en villas de la Ciudad.

El Hospital Nacional en Red, por último, es el único Hospital Nacional especializado en el tratamiento de las adicciones. Se encuentra ubicado en el barrio de Parque Patricios, y cuenta con distintos dispositivos de atención: internación, casa de medio camino y

programa ambulatorio. Este Hospital cuenta con un dispositivo localizado en el Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta, en el barrio de Barracas: la Casa Amigable, que funciona de 9 a 15hs, y trabaja desde la perspectiva de la reducción de daños.

Además de los organismos nacionales, en la Ciudad de Buenos Aires la atención de las problemáticas de adicciones se encuentra a cargo de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, que depende del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Dentro de esta Dirección funcionan dos Gerencias: la Gerencia Operativa de Prevención Social en Adicciones y la Gerencia Operativa de Asistencia Social en Adicciones. En el ámbito de esta última funcionan varios dispositivos: el Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación; los Centros de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC); y tres centros de día: Casa Flores (centro de día mixto, ubicado en el barrio de Flores), Casa Lucero (para niños y adolescentes, localizado en el barrio Los Piletones, en Villa Soldati) y Casa Fátima (centro de día ubicado en el barrio Fátima, en Villa Soldati) (Página web GCBA).

El Centro de Diagnóstico, Admisión y Derivación es el encargado de derivar a las personas con consumos problemáticos de drogas a algún tratamiento para su rehabilitación. Estas derivaciones suelen realizarse a comunidades terapéuticas que tienen convenio con la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones. Los CIACs brindan atención individual ambulatoria, y se localizan en varias villas de la Ciudad de Buenos Aires: 21-24 y Zavaleta (Barracas), Ramón Carrillo y villa Fátima (Soldati), villa 20 (Lugano), y Villa 15 (Ciudad Oculta). Estos Centros tampoco cuentan con espacios físicos propios, por lo que muchas veces atienden en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC).

En el barrio Rivadavia I se encuentra también el centro de día “La Otra Base de Encuentro”, que depende del Hospital Piñero. A estos dispositivos estatales se suman algunos impulsados por organizaciones de la sociedad civil, no religiosas, como la Casa “Santa Clara” de la Fundación Convivir y los Centros de día “Puentes” del Movimiento

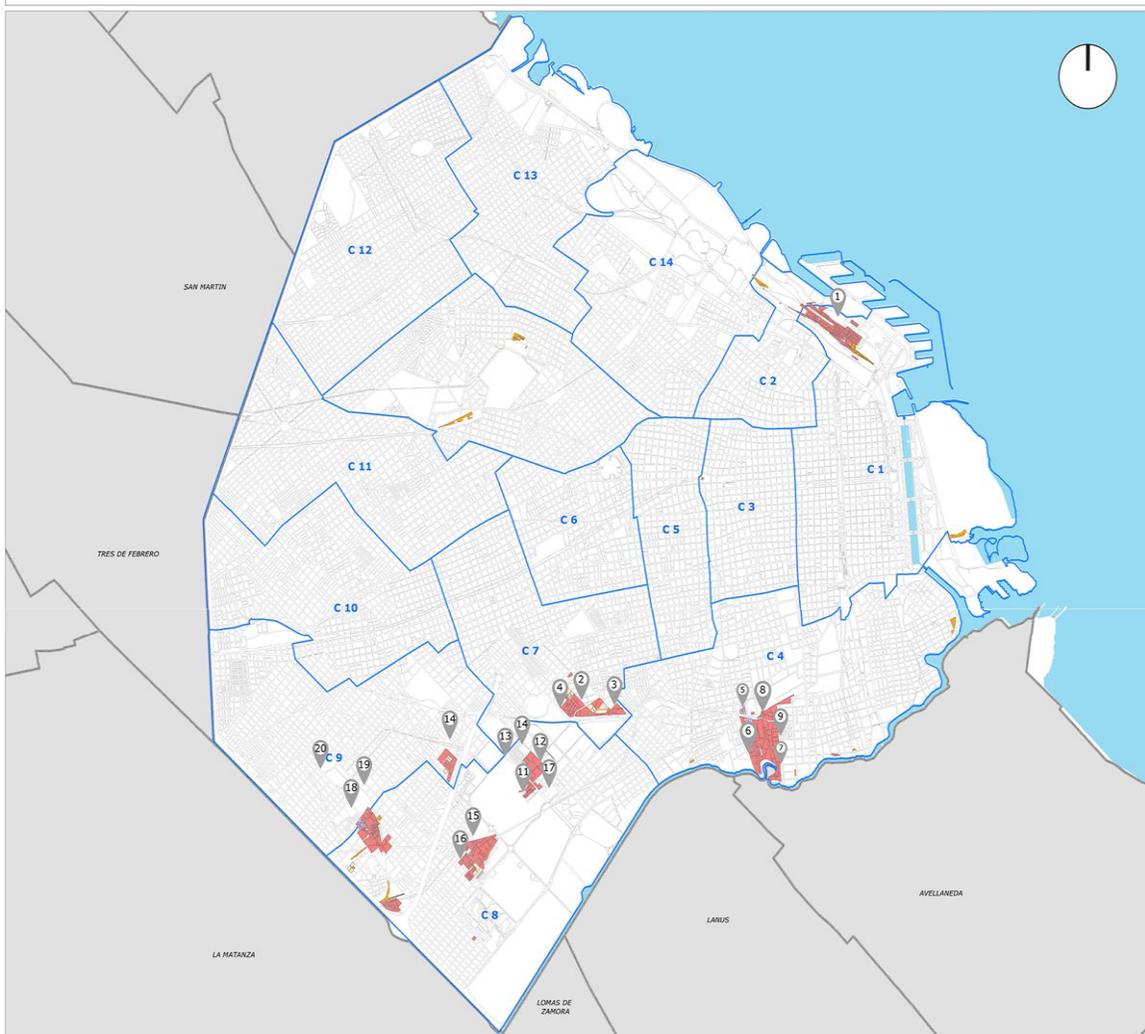
Popular La Dignidad, en las villas 21-24 y 20, y el centro “Hay Otra Esperanza” de las Madres del Paco en la villa 1-11-14.¹³

En la Ciudad de Buenos Aires existen una multiplicidad de dispositivos para la atención de los consumos de drogas, que dependen de distintas secretarías y ministerios (SEDRONAR, salud, desarrollo social), tanto nacionales como de la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, sólo algunos de ellos se localizan en villas, y cuando lo hacen no cuentan en su mayoría con espacios físicos propios, sino que trabajan en las instalaciones de organizaciones de la sociedad civil, principalmente en las del Hogar de Cristo.

¹³ Por fuera de los territorios de las villas, se encuentra una gran cantidad de comunidades terapéuticas, tratamientos ambulatorios y grupos de autoayuda en la Ciudad de Buenos Aires, pero su relevamiento excede los objetivos de este trabajo. Asimismo, en estos barrios existe una gran cantidad de dispositivos que no atienden la problemática del consumo de drogas de manera directa, pero que también acompañan y reciben a esta población (comedores, organizaciones barriales, centros de salud, iglesias evangélicas, etcétera). Su relevamiento también excede los objetivos de esta tesis.

2.4 Mapa de dispositivos asistenciales de los consumos de drogas en villas de la Ciudad de Buenos Aires

MAPA 1: DISPOSITIVOS ESTATALES Y NO ESTATALES DE ATENCIÓN DE LOS CONSUMOS DE DROGAS LOCALIZADOS EN -O PRÓXIMOS A- VILLAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



0 0,475 0,95 1,9 2,85 3,8
Escala 1 : 25.000

REFERENCIAS

VILLA 31
1. CEDECOR Descentralizado. No cuenta con lugar propio. Trabaja en el centro barrial Mapica.

VILLA 1- 11- 14
2. Centro "May otra esperanza" (Madres del Páco)
3. La Otra Base de Encuentro (Hospital Pileto)
4. CEDECOR Descentralizado

VILLA 21-24 y NHT ZAVALETA
5. CEDECOR Descentralizado
6. Centro de día "Puentes" (DP La Dignidad)
7. Casa amigable (Hospital Nacional en Reco)
8. Casa "Santa Clara" (Fundación Camil)
9. Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC)

BARRIO RIVADAVIA 1:
10. La Otra base de encuentro (Hospital Pileto)

BARRIO RAMON CARRILLO:
11. CEDECOR Descentralizado.
12. Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC)

VILLA 3 FATIMA
13. Casa Fatima
14. Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC)

VILLA 20 LUGANO
15. Centro de día Puentes
16. Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC)

BARRIO LOS PILETONES
17. Casa Lucrea (Sistema de la Ciudad de Buenos Aires).

VILLA 15 CIUDAD OCULTA
18. CEDECOR Descentralizado.
19. Centro de Intervención Asistencial Comunitaria (CIAC).
20. Consejo De-Hacere (Madres contra el Páco)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Hogar de Cristo, disponible en <http://hogardecristo.org.ar/centrosbarrales/mapa/>

2.5 Recapitulación

En este capítulo analizamos las principales características de las villas de la Ciudad de Buenos Aires, desde su conformación como barrios obreros a principios del siglo XX, a la transformación de sus dinámicas territoriales a partir de la emergencia del consumo de pasta base a inicios del siglo XXI. Las villas dan cuenta de las desigualdades socio-territoriales que existen en la Ciudad de Buenos Aires, ya que los peores indicadores económicos, habitacionales, educativos, laborales y de salud se concentran en estos barrios. Asimismo, las villas son objeto de procesos de estigmatización territorial, que se vuelven extensibles a sus habitantes, y que se ven reforzados por su vinculación en el discurso público con el “mundo de la droga y el narcotráfico”. A pesar de este discurso, existen muy pocos estudios que den cuenta de la magnitud del consumo de drogas en estos territorios. Según el estudio del OAD/SEDRONAR la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, principalmente de pasta base/paco, es mayor en las villas que en la población general del país, lo que da cuenta de una problemática particular que debe ser abordada. Sin embargo, como analizamos, existen pocos dispositivos estatales que realicen un abordaje de los consumos de drogas en estos territorios, y los que lo hacen trabajan en la mayoría de los casos en instalaciones de organizaciones de la sociedad civil.

Ante esta situación, el Hogar de Cristo se destaca por su importante despliegue territorial (trabaja en seis villas de la Ciudad de Buenos Aires), por la variedad de dispositivos que ha desarrollado (centros barriales, hogares residenciales y casas amigables, entre otros) y por la gran cantidad de personas que diariamente concurren a ellos (si sumamos la población que concurre a los distintos dispositivos del Hogar de Cristo, podemos encontrar a cientos de personas por día). Es por ello que el análisis de esta institución resulta fundamental para conocer la problemática del consumo de drogas en estos territorios, así como las respuestas que existen para su abordaje.

En el próximo capítulo, analizaremos cómo y por qué el Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia comienza a trabajar en el tratamiento de los consumos de drogas en estos territorios, asumiendo una tarea que hasta entonces no había sido desarrollada de manera sistemática por la Iglesia católica argentina.

Capítulo 3: El Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia

En este capítulo presentamos el trabajo del Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (popularmente conocidos como *curas villeros*) en los barrios vulnerabilizados de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, rastreamos la historia y conformación actual del Equipo, así como sus antecedentes inmediatos: los curas villeros del Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo (MSTM). Posteriormente, realizamos un recorrido histórico por las primeras respuestas a los consumos de drogas de este equipo, hasta que fundan en 2008 el Hogar de Cristo en la villa 21-24 de Barracas. Finalizamos el capítulo analizando la forma en que los curas villeros definen el consumo de pasta base/paco en estos territorios como una consecuencia de la exclusión social.

3.1 El trabajo asistencial de los curas católicos en las villas de la Ciudad de Buenos Aires

Para un chico de clase media, que tiene club, la parroquia no es clave.

Pero en la villa, los chicos no tienen nada

(Padre “Pepe” Di Paola, citado en Arteta, 2016: 153).

El Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia se encuentra conformado por 24 curas que trabajan en las villas 21-24, 26 y Zavaleta, de Barracas; las villas 19 (Barrio Inta), 15 (Ciudad Oculta) y 20 de Villa Lugano; la villa 1-11-14 del Bajo Flores; las villas 3 (Fátima) y Ramón Carrillo, en Villa Soldati; la villa 6 (Cildañez) en Parque Avellaneda; el barrio Rodrigo Bueno en Costanera Sur, y las villas 31 y 31 bis de Retiro.

Desde su conformación como equipo en el año 1998, los curas villeros realizan un intenso trabajo social en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Además de las tareas pastorales (celebración de misas, sacramentos y catecismo), han impulsado comedores, talleres de oficios, grupos de exploradores, clubes deportivos, guarderías para niñas/os y espacios de murga, entre otros. Las villas donde mayor trabajo ha desplegado este equipo de curas son las de Barracas, del Bajo Flores y de Retiro que son, a su vez, las más pobladas. Asimismo, es allí donde se inició el Hogar de Cristo, y donde más desarrollados se encuentran sus

dispositivos. A continuación, presentamos un relevamiento de las parroquias, capillas y actividades realizadas por los curas villeros en esas tres villas.

En la villa 21-24 existen actualmente dos parroquias: la Parroquia Virgen de Luján (en Herminio Masantonio 2990) y la Parroquia Virgen de Caacupé (en Osvaldo Cruz 3470). La capilla Virgen de Caacupé fue inaugurada el 8 de diciembre de 1976 por el padre Daniel de La Sierra, y convertida en Parroquia el 23 de agosto de 1987. Además de las parroquias, en la 21-24 y Zavaleta funcionan doce capillas, que dependen de la Parroquia de Caacupé: Capilla Jesús Vive (en Zavaleta y Santo Domingo, barrio Loma Alegre); Capilla Nuestra Señora de la Medalla Milagrosa I (en Iguazú y Riachuelo, barrio San Blas); Capilla Nuestra Señora de la Medalla Milagrosa II (en Santo Domingo 3940); Capilla Nuestra Señora Desatanudos (Tira 10, Casa 154, Zavaleta); Capilla Nuestro Señor del Mailín (en Horma y Luna, sector Tres Rosas); Capilla San Antonio (Manzana 8, Casa 34, villa 21-24); Capilla San Blas (en Zavaleta y Luján); Capilla San Expedito (Manzana 5, Casa 25, Sector Pavimento Alegre); Capilla San Juan (Manzana 2, Casa 113, sector Tierra Amarilla); Capilla Santa María de Labardén (Manzana 18, Casa 107); Capilla Virgen de Itatí (Manzana 5, Casa 2); y Capilla Virgen del Carmen (Manzana 12, Casa 110).

En esta villa los curas han conformado el movimiento Exploradores de Caacupé, el grupo infanto-juvenil más grande del barrio (Arteta, 2016). Asimismo, los curas villeros han impulsado comedores y merenderos, la murga “Padre Daniel de la Sierra”, el centro de formación profesional N° 15 (en convenio con el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), Hogares para adultos mayores y para niñas/os, espacios de apoyo escolar, la Escuela de Música Caacupé, un colegio secundario, una radio (FM 96, de la Parroquia Caacupé), y jardines de infantes, entre otros.

En la villa 1-11-14 se encuentra la Parroquia María Madre del Pueblo, construida por los padres Jorge Vernazza y Daniel de la Sierra a fines de la década de 1960. En 1975 la capilla fue nombrada Parroquia por el entonces arzobispo Aramburu, convirtiéndose en la primera localizada en una villa (Premat, 2010). La Parroquia se encuentra ubicada sobre la Avenida Perito Moreno, a menos de cien metros de la Av. Gral. Francisco Cruz al 1700, frente al Club Atlético San Lorenzo de Almagro. En la 1-11-14 se encuentran también las capillas

Nuestra Señora de Itatí (Manzana 13, Casa 83), San Antonio de Padua (Manzana 31, Casa 31) y San Juan Bautista (Manzana 28).

En este barrio los curas villeros han impulsado el Club Atlético María Madre del Pueblo, que ofrece a niños y jóvenes distintos deportes: fútbol, hockey, boxeo, básquet, natación, atletismo y patín. Asimismo, funciona allí un espacio cultural, donde existen talleres de cine, teatro, acrobacia y murales, y un centro para personas con discapacidad: Don Orión. Cuentan también con jardines de infantes, comedores, la murga del Bajo Flores “Padre Ricciardelli”, un espacio radial y espacios de apoyo escolar. Al lado de la Parroquia funciona también un Centro de Acceso a la Justicia.¹⁴

Frente a la villa 31 bis de Retiro se encuentra la Parroquia Cristo Obrero, construida por iniciativa del padre Carlos Mugica en la década de 1970. La Parroquia se ubica en la intersección de la Avenida Ramón Castillo y la calle 9, a metros del viejo edificio del Correo. Antes de los procesos de erradicación de la villa, la Parroquia se ubicaba en el epicentro del barrio de Retiro (Premat, 2010). Actualmente, lo separa de la 31 bis la autopista Illia, por lo que se debe cruzar un puente peatonal para poder llegar a ella. Al lado de la Parroquia funcionan un hogar para adultos mayores (Negro Manuel), un Centro de Acceso a la Justicia, y el Club “Padre Mugica”, que ofrece fútbol para varones y mujeres. En el interior de la villa se encuentran la Capilla Nuestra Señora de Caacupé (Manzana 3, villa 31 bis); la Capilla Nuestra Señora de Luján (Manzana 13, villa 31 bis); y la Capilla Nuestra Señora del Rosario (Manzana 16, Barrio Güemes, villa 31).

Además de dichas actividades, los curas villeros realizan una tarea fundamental en estos barrios: proveer el servicio fúnebre a las familias que no pueden pagarlo. Esta tarea se inició en 1992 con los padres Ernesto Narcisi del Bajo Flores y Daniel Cuicci de Barracas (Premat, 2010), y funciona a través de un convenio con Cáritas, por el que las familias

¹⁴ Los Centros de Acceso a la Justicia (CAJ) son oficinas dependientes del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, que se localizan en distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires y de otras provincias del país. Su función es: “brindar un servicio de atención legal primaria integral para los problemas cotidianos de los ciudadanos” (Página web, Ministerio de Justicia de la Nación). En la Ciudad de Buenos Aires existen actualmente 14 CAJ, de los cuales 8 se localizan en villas. De ellos, 5 trabajan en instalaciones de Parroquias o capillas católicas.

acceden al servicio fúnebre a la mitad de precio de los valores del mercado.¹⁵ En algunos casos es también la Parroquia la que aporta el dinero necesario para cubrir el costo del servicio fúnebre conveniado con Cáritas, y en otros la familia realiza una “colecta” por el barrio, para recaudar el dinero necesario. Tanto el aporte de la Iglesia católica como la colecta solidaria son fundamentales para poder cubrir los gastos del velatorio y el entierro, ya que no existe ningún organismo estatal que los garantice en la Ciudad de Buenos Aires.¹⁶

De esta forma, la Iglesia católica, a través de los curas villeros, resulta fundamental para el acceso de los habitantes de estos barrios a ciertos bienes y servicios: alimentación, educación, recreación, salud y hasta servicio fúnebre son provistos por esta institución en las villas de la Ciudad. Como afirman Fortunato Mallimaci y Verónica Giménez Béliveau:

Frente a situaciones de serias falencias en los sistemas de asistencia social del Estado, los grupos religiosos, católicos y también evangélicos pentecostales y otros, desarrollan redes más o menos institucionalizadas de sostén de los sectores más carenciados (2007: 60).

Retomando la propuesta analítica de Gøsta Esping-Andersen (1990), podemos afirmar que a través de estas acciones la Iglesia católica contribuye a *desmercantilizar* algunas necesidades humanas de los habitantes de las villas. Para el autor, la *mercantilización* puede ser entendida como:

(...) el proceso por el que tanto las necesidades humanas como la fuerza de trabajo se transformaron en mercancías, determinando que nuestro bienestar empezara a depender de nuestra relación con el circuito monetario (Esping-Andersen, 1990: 6).

¹⁵ A través de Cáritas el costo del servicio fúnebre es de \$8 mil, la mitad de lo que sale sin dicho convenio (\$16 mil aproximadamente, a julio de 2017).

¹⁶ En la Ciudad de Buenos Aires son las obras sociales las que se ocupan de dichos gastos. Debido a que un altísimo porcentaje de la población que vive en villas no cuenta con un trabajo registrado, lo que le daría acceso a una obra social y por consiguiente a la cobertura del servicio fúnebre, gran parte de los habitantes de las villas hacen uso de este servicio que provee la Iglesia católica a través de los curas villeros.

Esta mercantilización de las necesidades y de la fuerza de trabajo supuso el debilitamiento (pero no su total eliminación) de procesos preexistentes no mercantiles que permitían la reproducción social (Pérez, 2016). La asistencia social brindada por la Iglesia Católica en las villas de la Ciudad puede ser analizada como la supervivencia -transformada- de estas formas no mercantiles de reproducción social. La Iglesia católica genera así una desmercantilización del consumo de ciertos bienes (alimentación, vivienda, espacios deportivos, servicio fúnebre), al permitir el acceso a ellos “con independencia de su producción mercantil, en razón de la necesidad o de un derecho, sin contribución monetaria” (Pérez, 2016: 93). Ello resulta fundamental para la supervivencia de un gran número de personas en la Ciudad, principalmente los habitantes de las villas.

3.2 Antecedentes: los curas villeros del Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo. Rupturas y continuidades

Mugica es nuestro mártir

(Padre “Pepe” Di Paola, citado en *La Nación*, 12 de mayo de 2015).

El actual Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia no constituye el primer grupo en trabajar y residir en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Como afirma María Soledad Catoggio (2013), la presencia del catolicismo argentino en el “mundo de los pobres” tiene un denso espesor histórico, que encontró en la cuestión social de principios del siglo XX su primer gran momento de intervención. A partir de la Conferencia Episcopal Latinoamericana realizada en Medellín en 1968, se produjo un contexto de crítica radical en la Iglesia latinoamericana, que dio lugar a un proceso de politización de esa vieja “cuestión social” (Löwy, 1999). En este contexto, surge en Argentina el Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo (MSTM), que intentó llevar a la práctica los postulados de Medellín.

El MSTM constituyó un agrupamiento nacional de sacerdotes movilizados por los procesos de renovación eclesial tras el Concilio Vaticano II, la Encíclica *Populorum Progressio* y el Mensaje de los 18 Obispos del Tercer Mundo (Ameigeiras, 2013).¹⁷ El

¹⁷ El Concilio Vaticano II (1962-1965) fue promovido por el Papa Juan XXIII con el fin de realizar una renovación de la Iglesia católica. La encíclica *Populorum Progressio* (progreso de los pueblos), elaborada por

MSTM estuvo vigente desde 1967 a 1976, y a él adhirieron 524 sacerdotes de distintas partes del país (Martín, 2010: 29).¹⁸ Dentro de este gran movimiento, un grupo de curas entendió que su “opción por los pobres” implicaba residir y trabajar en las villas de la Ciudad de Buenos Aires:

Hacia esos enclaves de la miseria, numerosos y dispersos dentro de la misma Ciudad de Buenos Aires, dirigieron sus pasos varios de entre aquellos sacerdotes que experimentaban la necesidad de acercarse a los pobres (Vernazza, 1989: 12).

En la década de 1960 el presbítero Héctor Juan Botán se instaló en la villa 20 de Lugano, Carlos Mugica en la villa de Retiro, y Jorge Vernazza y Rodolfo Ricciardelli en la villa del Bajo Flores (Premat, 2010). En el año 1969 el entonces arzobispo coadjutor, Monseñor Juan Carlos Aramburu,¹⁹ elaboró con ellos un documento que sentó las bases para su trabajo pastoral en las villas de Buenos Aires, y constituyó formalmente el Equipo Pastoral de Villas de Emergencia. Para esos años, el Padre Daniel de la Sierra, de la orden de los claretianos, se sumó también a los curas villeros del Bajo Flores, y en el año 1973 se instaló en la villa de Barracas.

Los curas villeros del MSTM realizaron un intenso trabajo pastoral y asistencial en las villas de Buenos Aires, y constituyeron un actor fundamental en la resistencia villera contra los procesos de erradicación de las dictaduras militares: realizaron denuncias públicas sobre la situación de las villas²⁰ y presentaciones al entonces arzobispo de Buenos Aires Aramburu y a los vicarios episcopales, iniciaron amparos judiciales para frenar los

el Papa Pablo VI en 1967 (sucesor de Juan XXIII tras su fallecimiento) constituyó un llamamiento a la “acción concreta en favor del desarrollo integral del hombre y del desarrollo solidario de la humanidad”. Apoyándose en ambas iniciativas papales, el 15 de agosto de 1967 un grupo de 18 Obispos latinoamericanos dio a conocer un documento en el que plantearon la necesidad de una mayor inserción y acción de la Iglesia en el pueblo pobre, para transformar las estructuras de opresión. En este documento se afirma que “el verdadero socialismo es el cristianismo integralmente vivido, en el justo reparto de los bienes y la igualdad fundamental de todos” (Mensaje de los 18 Obispos del Tercer Mundo).

¹⁸ Para más información sobre el MSTM se recomiendan los trabajos de Martín (2010) y Touris (2012).

¹⁹ Juan Carlos Aramburu fue arzobispo coadjutor de Buenos Aires desde junio de 1967 a abril de 1975, cuando fue nombrado arzobispo. Se desempeñó en ese cargo hasta julio de 1990.

²⁰ El 9 de junio de 1978 publicaron un documento titulado “Informe sobre la situación de las villas de emergencia”, donde denunciaban las acciones llevadas adelante por el entonces intendente municipal de facto, Osvaldo Cacciatore. Posteriormente, el 31 de octubre de 1980, publicaron un nuevo informe: “La verdad sobre la erradicación de las villas de emergencia del ámbito de la capital federal” (Mignone, 1999).

desalojos, e impulsaron la conformación de cooperativas de vivienda con las familias desalojadas, que construyeron barrios en el Gran Buenos Aires. Como afirma Ana Lourdes Suárez:

La figura de los primeros curas villeros marcó el territorio de las villas; le imprimió una impronta de compromiso, de lucha y de denuncia ‘profética’ que continúa hasta la actualidad (2015: 48).

Debido a la erradicación de algunas villas y el despoblamiento de otras, este primer equipo de curas villeros dejó de funcionar como tal hacia el final de la dictadura militar. En el año 1986 la autoridad eclesiástica nombró nuevos sacerdotes como vicarios parroquiales en las capillas que habían sobrevivido a los procesos de erradicación (Vernazza, 1989). Con el regreso de la democracia, las villas comenzaron a repoblarse. El cura del MSTM, Jorge Vernazza, denuncia respecto de esta época:

La conformación de las villas en lo que hace a las características de sus pobladores, ha variado bastante. Parece gente más zarandeada, más desgarrada. (...) Ahora, como en todas partes, en muchas de ellas son más frecuentes los robos y se presentan problemas que no se conocían antes. El de las drogas es uno de los más graves: jovencitos, casi adolescentes, van siendo acostumbrados y utilizados como *pasadores*. Se forman bandas que disputan con armas entre sí, por la supremacía. El deterioro general sufrido por la sociedad se pone allí al desnudo (Vernazza, 1989: 112-113, la bastardilla es del original).²¹

En la década de 1990, los curas que residían en las villas eran muy pocos, y su trabajo no era respaldado por la jerarquía católica.²² Fue recién a partir de la asunción de Jorge Mario Bergoglio²³ como arzobispo de Buenos Aires en 1998, que se conformó nuevamente un

²¹ Jorge Vernazza (1925-1995) fue miembro del MSTM y del primer Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia. Vivió y trabajó durante 21 años en la Villa del Bajo Flores, hasta su muerte en 1995. En el año 1989 publicó el libro *Para comprender una vida con los pobres: los curas villeros*.

²² Existe muy poca bibliografía que analice el trabajo de los curas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires desde el regreso de la democracia hasta la asunción de Bergoglio como arzobispo. Uno de ellos es el de Inés Arteta, “La 21-24” (2016), donde analiza la historia de la Iglesia católica en esa villa desde la década de 1970 hasta la actualidad.

²³ Jorge Mario Bergoglio fue ordenado sacerdote el 13 de diciembre de 1969 y consagrado obispo titular el 20 de mayo de 1992. El 28 de febrero de 1998 tomó el cargo de arzobispo de Buenos Aires, sucediendo a

Equipo de Sacerdotes para la Pastoral de las Villas de Emergencia, y se duplicaron los curas villeros:

Cuando Bergoglio asumió como arzobispo, el 28 de febrero de 1998, los curas villeros no eran más de diez, y sus esfuerzos, encomiables y muy valorados, no eran acompañados tal vez con marcado entusiasmo por la jerarquía de la Iglesia (De Vedia, 2013: 10).

Este incremento de la presencia de los curas católicos en las villas de la Ciudad de Buenos Aires se corresponde con un proceso general de visibilización de grupos católicos en contextos de pobreza en la década de 1990. Como afirma Astor Massetti:

La presencia institucional de la iglesia católica a través de redes no necesariamente formales con anclaje barrial adquirió un impulso importante durante los 90's; como también se observa en ese período una mayor "exposición" política (Massetti, 2005: 14).

El actual Equipo de Sacerdotes se presenta como continuador del anterior, pese a existir importantes diferencias. La primera de ellas es su postura contraria al involucramiento político. El MSTM -y particularmente los curas villeros que pertenecían a él- entendían que "el compromiso político no es optativo, es obligatorio para los cristianos en el sentido amplio" (Mugica, 2012 [1973]: 66). El actual equipo de sacerdotes, por el contrario, entiende que su compromiso con los pobres no implica definiciones políticas. En este sentido, Gustavo Carrara, actual vicario episcopal para las villas de emergencia afirma:

Yo no sigo a Marx, (...) sino al Evangelio, y a la figura de Jesús: así se corporiza mi opción por los pobres. Mi compromiso con la pobreza es desde la religión, no desde la política. (...) Aquí no existe izquierda o derecha, existe querer tener agua, luz, vivir mejor (*La Nación*, 09 de mayo de 2010).

Este corrimiento de lo político tiene algunas implicancias importantes. En primer lugar, les permite recibir financiamiento de gobiernos de distintos colores partidarios para sus tareas de asistencia de los consumos de drogas. Como veremos en los próximos capítulos, el

Antonio Quarracino. Fue presidente de la Conferencia Episcopal Argentina desde 2005 a 2011. El 13 de marzo de 2013 fue electo Papa, luego de la renuncia de Benedicto XVI, adoptando el nombre de Francisco.

Hogar de Cristo recibe financiamiento de distintos ministerios y secretarías, tanto durante los gobiernos kirchneristas como desde la asunción del macrismo al frente del Poder Ejecutivo Nacional. En segundo lugar, su lucha ya no es en contra de la desigualdad social²⁴ sino contra la pobreza y la exclusión: “El único 'rival' a vencer es la exclusión social grave que hipoteca el futuro de los niños y adolescentes de las villas, dejándolos a merced de los hijos de las tinieblas” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2014a). El enemigo al que hay que combatir, entonces, deja de ser la sociedad capitalista para pasar a ser el narcotráfico, “los gananciosos distribuidores de droga” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2009).

Otra de las grandes diferencias entre el primer equipo de curas villeros y el actual se vincula a su tradición teológica. Mientras los sacerdotes del MSTM adscribían a la Teología de la Liberación, los curas villeros de la actualidad afirman enmarcarse en una corriente de ella, la Teología del Pueblo.²⁵ Esta corriente surge a partir de los planteos de los teólogos Lucio Gera y Rafael Tello, y considera al pueblo como “sujeto histórico de la fe”. Como señala González, se trata de

(...) una perspectiva de la práctica pastoral y el sentido de ser católico en nuestro país a la vez que una apreciación acerca del lugar de los pobres en la Iglesia, en donde se considera que no se valora suficientemente su religiosidad y peculiaridad y no se reconoce a la cultura popular de los pobres como verdaderamente evangelizadora (González, 2002, citado en Ameigeiras, 2013: 201).

A diferencia de otras corrientes de la Teología de la Liberación desarrolladas en América latina, que privilegian el análisis socio-estructural y conciben al pueblo como clase, la

²⁴ Vale recordar la frase de Mugica sobre el objetivo de su lucha: “no se trata de que los individuos ricos ayuden a los individuos pobres, sino de que los pobres dejen de ser pobres. Y hasta ahora, para que los pobres dejen de ser pobres no se ha inventado más que este sistema: que los ricos dejen de ser ricos” (Mugica, 2012 [1973]: 64)

²⁵ Siguiendo la clasificación realizada por Scannone (1987), dentro de la Teología de la Liberación pueden distinguirse cuatro corrientes: la *Teología de la Liberación desde la praxis pastoral*, la *Teología de la Liberación desde la praxis revolucionaria*, la *Teología de la Liberación desde la praxis histórica*, y la *Teología de la Liberación desde la praxis cultural*, también llamada *Teología del Pueblo* o *Teología de la Cultura*.

Teología del Pueblo privilegia el análisis histórico-cultural y considera como pueblo sólo a los trabajadores pobres (Cuda, 2013). Los curas villeros explican esta tradición teológica afirmando que:

(...) se basa en la sabiduría popular, no en categorías o diagnósticos que se imponen desde arriba. Se la puede pensar (...) como una hermenéutica del pueblo pobre, escaso de riqueza, pero no de saber (*La Nación*, 09 de mayo de 2010).

Otra de las diferencias entre los curas villeros del MSTM y el equipo actual se encuentra en su vinculación con la jerarquía católica. Los primeros, si bien recibieron inicialmente el respaldo del arzobispo Aramburu en su conformación como equipo, mantuvieron una relación de tensión con la jerarquía católica durante la última dictadura militar, en virtud de las denuncias públicas realizadas. Según Mignone: “Como respuesta del arzobispo Aramburu a su crítica, los denunciados [curas villeros] recibieron una fuerte amonestación, transmitida por los vicarios de la zona” (1999: 151).

El actual Equipo de sacerdotes villeros, por el contrario, mantiene una estrecha relación con el Arzobispado de Buenos Aires, al punto tal de haber sido elevado en agosto de 2009 al rango de Vicaría Episcopal Arquidiocesana para la Pastoral de las Villas de Emergencia. La vicaría de villas se sumó a las vicarías de juventud, de niños, y pastoral de educación de la Arquidiócesis de Buenos Aires. En ese entonces el Padre José “Pepe” Di Paola, de la villa 21-24, fue nombrado como vicario episcopal, hasta su reemplazo ese mismo año por el Presbítero Gustavo Carrara, de la villa 1-11-14. Mientras estuvo al frente del Arzobispado de Buenos Aires, Jorge Bergoglio concurría regularmente a las actividades de los curas villeros, y desde su ascensión como Papa Francisco el trabajo realizado por ellos recibió un importante impulso, principalmente mediático. En palabras de Inés Arteta, “ahora que todo el mundo habla de Bergoglio como ‘cura de las villas’, ellos [los curas villeros] pasaron a ser la ‘Iglesia oficial’” (2016: 174).

Pese a estos distanciamientos, existen ciertas líneas de continuidad entre los curas villeros del MSTM y el actual Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia. En primer lugar, los dos grupos eligen las villas de la Ciudad de Buenos Aires para realizar su “opción

por los pobres”, por lo que residen y desarrollan su trabajo pastoral en ellas. Asimismo, ambos han desplegado una gran cantidad de actividades de asistencia social en las villas, y utilizan los pronunciamientos públicos como forma de expresar sus posicionamientos. Por otro lado, los dos grupos de curas están conformados mayoritariamente por sacerdotes jóvenes. Mientras que en el MSTM existía un predominio de curas de entre 30 y 40 años (Touris, 2012), del actual Equipo la mitad de ellos se ordenó como sacerdote en la década de 2000 (Premat, 2010), por lo que actualmente tienen cerca de 40 años.

Otra de las continuidades se vincula a la valorización positiva de la religiosidad popular y de la “cultura de la villa” que presentan ambos grupos. En relación a la religiosidad popular, un cura del MSTM destacaba que:

(...) la realidad de la gente de la villa, a la que [los curas villeros] se entregaron con generosidad y sin prejuicios, les fue abriendo los ojos a la riqueza de una religiosidad propia del pueblo (Vernazza, 1989: 14).

El actual Equipo de sacerdotes, por su parte, valoriza también la cultura de la villa, afirmando que:

(...) tiene características muy positivas, que son un aporte para el tiempo que nos toca vivir; se expresa en valores como la solidaridad; dar la vida por otro; preferir el nacimiento a la muerte; dar un entierro cristiano a sus muertos; cuidar del enfermo (...). La cultura de la villa señala valores evangélicos muy olvidados por la sociedad liberal de la ciudad (Equipo de Sacerdotes para la Pastoral de las villas de emergencia, 11 de junio de 2007: 2-3).

Estas líneas de continuidad permiten que el actual grupo de curas se presente como “heredero” del anterior, pese a sus importantes diferencias. Ello les permite reelaborar sus propias trayectorias como “linajes”:

(...) generaciones más jóvenes de clérigos que, sin ser protagonistas históricos durante los años sesenta y setenta, se sienten hoy identificados con aquella experiencia y recurren al acervo de memoria de los “mártires” para reelaborar sus propias trayectorias como linajes, reposicionándose en el

lugar de herederos del estatuto ejemplar de las víctimas (Catoggio, 2013: 264).

Una forma de efectivizar dichos linajes fue el traslado de los restos de los miembros más destacados del primer equipo de curas villeros a las parroquias donde se desempeñaban. En el año 1999 los restos de Carlos Mugica fueron llevados desde el cementerio de la Recoleta a la Parroquia Cristo Obrero en la villa de Retiro, y en el año 2002 los restos del Padre Daniel de la Sierra fueron trasladados a la Parroquia Virgen de Caacupé en la villa 21-24. Los restos de Jorge Vernazza y Rodolfo Ricciardelli se encuentran en la Parroquia María Madre del Pueblo, en la villa del Bajo Flores.

A partir de esta reelaboración de la propia historia, es que el actual grupo de curas villeros presenta su labor en la prevención y el abordaje de los consumos de drogas como una continuación del trabajo realizado por sus antecesores:

Con distintos desafíos, la Iglesia Católica nunca abandonó su misión, ni en épocas de desarraigo, donde se defendió al pobre y se realizaron caminos de cooperativas de la mano del padre Daniel de la Sierra, hasta los planteos que hoy debemos contestar que son: droga, violencia, desocupación (Padre “Pepe”, citado en Premat, 2012: 43).

En el mismo sentido, en una misa en homenaje a Carlos Mugica, el Padre “Pepe” Di Paola realizó un paralelismo entre el asesinato de Mugica y las amenazas recibidas por él en virtud de su involucramiento con la problemática de las drogas,²⁶ y afirmó: “A mí también me pueden bajar de tres tiros en cualquier momento” (Premat, 2012: 40). Asimismo, a la tradicional Oración de Mugica que inicia con “Señor perdóname por haberme acostumbrado...”, este equipo de sacerdotes le ha agregado un párrafo que hace alusión al consumo de drogas:

Señor: perdóname por haberme acostumbrado a caminar por los pasillos de consumo [de drogas], de los que me puedo ir y ellos no. Señor: perdóname por haberme acostumbrado al deterioro progresivo de los jóvenes, a saber que el

²⁶ El 20 de abril de 2009 el Padre “Pepe” Di Paola recibió amenazas en la villa 21-24, en virtud de lo cual el Equipo de Sacerdotes para las villas de emergencia realizó una Conferencia de Prensa junto al entonces arzobispo Bergoglio.

Negro, el Tuco, simplemente ya no están y no logramos evitarlo (Premat, 2012: 20).

El consumo de drogas se ha convertido en los últimos años en el eje central del trabajo de estos curas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, los curas villeros presentan esta tarea como una continuación de la labor realizada por los curas del MSTM en las villas, entendiendo que “hoy se lucha por la droga, en ese tiempo se luchaba por la vivienda” (Premat, 2010: 126).

3.3 Primeras respuestas a los consumos de drogas y pronunciamientos públicos

Según relatan los curas villeros, el trabajo en la asistencia de los consumos de drogas surgió por una “necesidad del barrio” y por la ausencia de dispositivos públicos de atención en las villas. Ante esta ausencia estatal, familiares de las personas con consumos problemáticos de drogas, y muchas veces ellas mismas, concurrían a las capillas del barrio a solicitar ayuda. Las capillas de la Iglesia católica, distribuidas por distintas partes de las villas, se convertían así en el espacio donde encontrar una solución a la problemática: “las madres no sabían qué hacer con sus hijos y venían a las capillas, que es el único lugar donde recibí consuelo” (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

El primer sacerdote en abordar la cuestión del consumo de drogas fue José María Di Paola (el Padre “Pepe”) en la villa 21-24. El Padre Pepe fue nombrado párroco de la Capilla Virgen de Caacupé en marzo de 1997. Desde entonces, impulsó distintas actividades religiosas y comunitarias, como el Grupo de Exploradores de Caacupé, los espacios de apoyo escolar, los grupos de hombres, de mujeres y de jóvenes, comedores y una escuela de fútbol (Arteta, 2016: 182). La emergencia y aumento del consumo de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires en estos años, principalmente de pasta base/paco, modificó sustancialmente el trabajo de los curas villeros en estos territorios. Como afirma Premat:

Los sacerdotes pasaron de la preocupación por la organización y provisión de los comedores, después de la crisis de 2001, a esta otra urgencia que empezó a empañar todas sus actividades, empezaron a ver a padres de familia vender todo para consumir (2010: 65).

Las primeras respuestas de los curas villeros estuvieron vinculadas a las propuestas del Movimiento Columna. Éste constituye un Movimiento de la Iglesia católica fundado en 1984 en la Diócesis de San Isidro, para la atención de “personas con problemáticas de drogadicción, alcoholismo, desocupación, delincuencia y violencia familiar” (Página web Movimiento Columna).

Yo me vine a vivir a la villa en el año 2002. Y en aquel momento me pidieron que acompañara al grupo “Columna”, que era un grupo... que teníamos chicos, consumidores problemáticos, que estaban también vinculados con la delincuencia, en una situación... marginal. Bueno, los acompañábamos, estábamos todos los días (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 13 de julio de 2015).

Posteriormente, los curas villeros comenzaron a acompañar a las madres de las personas usuarias de drogas que les solicitaban ayuda para internar a sus hijas e hijos en comunidades terapéuticas. Para estos años, una de las comunidades con la que más trabajaban los curas villeros era la Fundación “Viaje de Vuelta”, localizada en Otamendi, Partido de Campana, Provincia de Buenos Aires.²⁷ Entre 2003 y 2009, más de 500 personas fueron derivadas por los curas villeros para su internación en esta comunidad terapéutica (Premat, 2010: 64). Sin embargo, según los sacerdotes, la internación no resultaba adecuada para dar respuesta a la problemática del consumo de drogas en las villas, en tanto quienes concurrían a las comunidades terapéuticas no podían sostener los tratamientos y la abstinencia que allí les exigían y terminaban abandonando.

En virtud de ello, y para dar contención a las y los jóvenes en situación de calle que deambulaban por el barrio, los curas villeros conformaron en el año 2003 el Hogar “Niños de Belén” en la capilla Nuestra Señora de Luján. En 2008 trasladaron el Hogar hacia el interior de la villa de Barracas, al lado de la capilla de San Blas, y armaron en ese espacio vacante el Centro barrial San Alberto Hurtado, el primer dispositivo del Hogar de Cristo.²⁸

²⁷ “Viaje de Vuelta” es una comunidad terapéutica católica fundada en 1985.

²⁸ El Padre Alberto Hurtado fue el fundador de una institución para la atención de personas en situación de calle en la ciudad de Santiago de Chile en 1944, a la que llamó “Hogar de Cristo”. De allí que los curas villeros hayan nombrado “Hogar de Cristo” a su programa, y “Alberto Hurtado” al primer centro barrial. Actualmente, la Fundación Hogar de Cristo en Chile aborda distintas problemáticas: personas en situación de

Según relatan los curas villeros, el hito fundacional del Hogar de Cristo estuvo dado por la presencia del entonces Cardenal Jorge Bergoglio en una misa en la Parroquia Virgen de Luján, donde lavó los pies de seis personas consumidoras de pasta base/paco, dando cuenta de que “la Iglesia estaba dispuesta a hacerse servidora de las víctimas del flagelo” (Princ, 2013: 45).

La experiencia del Centro barrial Hurtado en la villa 21-24 sirvió de ejemplo para los curas de las villas 1-11-14 y 31 bis, que ya venían realizando un trabajo de abordaje de los consumos de drogas, pero de manera menos organizada. El modelo de centro barrial fue exportado a otros barrios, y se extendió así el Hogar de Cristo:

(...) yo llegué en el 2007, y te diría que en mitad del 2007 empezamos con que las mamás venían a la capilla a reclamar el tema este de que no le encontraban la vuelta, porque no sabían qué hacer con los pibes. (...) Empezamos con un grupito de madres, Madres La Esperanza, a juntarnos. Una vez que tomaron fuerza [las mamás] se iban a buscar a los pibes, muchas veces íbamos también nosotros, y ahí los llevábamos a una comunidad terapéutica que trabajábamos, “Viaje de Vuelta”. (...) Pero los pibes iban y se volvían. Iban y se volvían. El que más duraba, duraba 6 meses, 8 meses, volvía y terminábamos en la misma. Entonces fuimos a hablar a la [villa] 21, que ya trabajábamos en equipo por esta temática, y ahí surgieron [los centros barriales] Mugica y Don Bosco (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

Posteriormente, se fueron desarrollando nuevos dispositivos: granjas, casitas amigables, casas para personas con enfermedades complejas y hogares residenciales, entre otros.

Este trabajo de asistencia de los consumos de drogas fue acompañado por una serie de pronunciamientos públicos sobre la temática por parte de los curas villeros, principalmente

calle, mujeres víctimas de violencia, adultos mayores, discapacidad mental, reinserción educativa, e inclusión laboral, entre otras. La problemática del consumo de drogas es abordada desde la Fundación Paréntesis, perteneciente al Hogar de Cristo, que cuenta con distintos programas: ambulatorios, residenciales, para niñas/os, etcétera (Página web, Fundación Hogar de Cristo, Chile). Para profundizar en el análisis sobre los orígenes de la Fundación Hogar de Cristo en Chile véase Fernández (2008): “Circunstancias de la fundación del Hogar de Cristo. Estudio histórico en los documentos contemporáneos”.

con el objetivo de frenar los intentos de avance legislativo para la despenalización de la tenencia de drogas para consumo personal.

En marzo de 2009, en vísperas del Fallo “Arriola” de la Corte Suprema de Justicia de la Nación,²⁹ los curas villeros publicaron un primer documento titulado “La droga en las villas, despenalizada de hecho”, en el que denunciaron la libre circulación de drogas en las villas de la Ciudad, y afirmaron que se las puede “tener, llevar y consumir sin ser prácticamente molestado” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2009: 1). Los curas villeros denunciaron también la falta de organismos públicos que brinden respuestas a la problemática, afirmando que “estas familias deambularon por distintas oficinas del Estado sin encontrar demasiadas soluciones” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2009: 2).

Un año después, al conmemorarse el Día Internacional de la Lucha contra la Droga (24 de junio), elaboraron un nuevo documento público, en el que analizaron el “desafío del paco” y afirmaron que:

(...) el Estado como Organismo está ausente en el tema que hoy nos convoca. Esto no quiere decir que no se haga nada en materia de prevención y asistencia de la drogodependencia en general, sino que lo que se hace en cuanto al “desafío del paco” es tan desarticulado e insignificante como enfrentar a un elefante enfurecido con una gomera (...). Mientras tanto se discute la despenalización, que dejaría de lado la única herramienta actual que obliga al Estado a intervenir frente a tamaña inacción (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2010: 4).

Estos pronunciamientos se repitieron ante nuevas coyunturas donde se debatió públicamente la posibilidad de despenalizar la tenencia de drogas para consumo personal. Una de ellas fue en junio de 2012, cuando un proyecto de ley consensado por distintas fuerzas políticas (Frente para la Victoria, Frente Amplio Progresista y Unión Cívica

²⁹ El fallo “Arriola” despenalizó de hecho la tenencia de drogas para consumo personal. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia fue el 25 de agosto de 2009, y declaró la inconstitucionalidad del párrafo dos del artículo 14 de la Ley N° 23.737 de estupefacientes, por ser incompatible con el principio de reserva contenido en el artículo 19 de la Constitución Nacional, que protege las acciones privadas que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública ni perjudiquen a un tercero.

Radical) llegó a debatirse en comisiones del Congreso. En este contexto, los pronunciamientos contrarios a la despenalización de drogas por parte de la Iglesia católica, apoyados en el trabajo realizado por los curas villeros, resultaron fundamentales para frenar la discusión legislativa. Como afirma Santiago Cunial (2016): “la Iglesia se valió de la actuación de los curas villeros para legitimar «desde abajo» el posicionamiento oficial del Episcopado. El trabajar junto a organizaciones y comunidades barriales le otorgaría una legitimidad en base a una solidaridad comprometida con la población afectada y que era desatendida por los decisores políticos” (Cunial, 2016: 10).

De esta forma, el trabajo asistencial de los consumos de drogas desarrollado por los curas villeros le sirvió a la jerarquía católica como respaldo para sus pronunciamientos públicos sobre la temática, en particular para posicionarse en contra de la despenalización. Como afirman Araceli Galante, María Pia Pawlowicz, Diana Rossi, Paula Goltzman y Graciela Touzé (2016), estos pronunciamientos de los curas villeros contribuyeron a frenar los intentos de avanzar con una nueva legislación de drogas que se adecuara al fallo dictado por la Corte Suprema de Justicia.

3.4 El consumo de drogas como consecuencia de la exclusión social

En el campo de la salud se distinguen cinco grandes modelos que dan cuenta de distintas formas de caracterizar a los consumos de drogas: el ético-jurídico, el médico-sanitario, el psico-social, el socio-cultural y el geo-político (Kornblit, 1989; Touzé, 2006; Camarotti, 2010). En cada uno de ellos el consumidor de drogas es definido de distinta manera, y por lo tanto los responsables de su abordaje difieren entre sí.

En el primero, el usuario de drogas es visto como un *delincuente* que infringe la ley, por lo que su abordaje debe estar a cargo del sistema penal. En el segundo modelo, el usuario es definido como un *enfermo* al que hay que curar, por lo que este modelo dio lugar a la intervención de la medicina y la psiquiatría en el campo de los consumos de drogas. En el modelo psico-social, por su parte, la adicción es vista como el resultante de un malestar psíquico. Según diversos estudios (Kornblit, 2004; Camarotti, 2010), éste es el modelo preponderante en las comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación, que hacen foco en el individuo y en su abordaje psicoterapéutico. Por otro lado, en el modelo socio-cultural se toma en cuenta la estructura socioeconómica y los aspectos culturales en la definición

del problema del consumo de drogas. Para este modelo, la droga funciona como una forma de evasión de la realidad (Touzé, 2006), y los usuarios son definidos como *víctimas* del sistema. El modelo geo-político, por último, analiza el consumo de drogas en su vinculación con el narcotráfico, y toma en consideración la escala global del fenómeno.

A partir de los documentos elaborados por los curas villeros y de las entrevistas realizadas, podemos afirmar que su definición de los consumos de drogas se encuentra vinculada al modelo socio-cultural. Los curas villeros definen el consumo de drogas (principalmente de pasta base/paco) como una consecuencia de la exclusión social. La exclusión es entendida en dos sentidos: como carencias materiales (alimento, vivienda, educación, trabajo, salud), pero también como ausencia de “amor, familia, hogar y misericordia” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2010).

La exclusión social tiene para los curas villeros un correlato territorial: se evidencia con mayor fuerza en las periferias urbanas, en las villas.

Si el Mal de Chagas es una ventana que exhibe la pobreza del interior de nuestro país, entonces el paco denuncia la miseria de las grandes periferias urbanas. (...) El paco es un rostro nuevo de la exclusión, más sangriento. (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2010: 2).

Esta forma de definir los consumos de drogas les permite a los curas villeros posicionarse como un actor relevante para su abordaje. Si el problema es la exclusión, su abordaje no debe restringirse entonces únicamente a los servicios de salud, sino que puede y debe ser realizado también por otros actores que busquen la inclusión social.

El problema no es que el pibe salga del consumo, el problema es que el pibe tiene tanta problemática desde la infancia, que el paco es el emergente. Pero si vos no atacás y no hacés mella y fuerza en la historia del pibe, si no tiene la documentación, los problemas judiciales, la salud, el trabajo, la vivienda, entonces, sí, muy lindo que vaya a la comunidad terapéutica, que te den el certificado de alta, pero vuelve a lo mismo. Entonces, a una realidad tan compleja, el abordaje tiene que ser complejo. (...) la clave es la mirada distinta

de la problemática. Ya no el foco en la droga o en la adicción, sino sobre la exclusión (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

De esta forma, los usuarios de drogas son definidos como “víctimas del flagelo de la exclusión y la marginalidad, los que nuestra sociedad descarta” (Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia, 2014b: 18).

Esta forma de conceptualizar a los consumos de drogas como una consecuencia de la exclusión social, y a sus usuarios como víctimas, les permite a los curas villeros enmarcar su abordaje de los consumos de drogas en su “opción preferencial por los pobres”. Como afirma Catoggio, la opción por los pobres no es monolítica, sino que existen múltiples formas de entenderla y de llevarla a la práctica.

Los caminos a seguir cubrieron un amplio arco de posibilidades, uno de cuyos extremos era cierto tipo de destinatarios (los jóvenes, los indígenas, los obreros, los trabajadores rurales, entre otros) y el otro era un tipo de lugar social (el barrio marginal, la villa, la comunidad, la fábrica, la cooperativa rural) (Catoggio, 2013: 252-253).

De esta forma, los curas villeros plantean su opción por los pobres en estos dos sentidos: un tipo particular de destinatarios (los consumidores de drogas) en un tipo de lugar social (las villas).

La opción preferencial por los pobres está vinculada a la fe vivida en esta historia concreta (...). Los pobres se nos presentan con rostros bien concretos, y entre ellos están los tóxico-dependientes (Maletti *et al.*, 2016: 19-20).

Esta estrecha vinculación entre consumos de drogas y pobreza es lo que permite el desarrollo del trabajo asistencial de los consumos de drogas de los curas católicos en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Su participación en la asistencia y tratamiento de los consumos de drogas tiene lugar en tanto se enmarca en su opción preferencial por un tipo particular de pobres: los adictos que viven en las villas.³⁰

³⁰ Sobre este punto los curas villeros presentan importantes diferencias con el actual Grupo de Curas en la Opción Preferencial por los Pobres (OPP). Éste último constituye un movimiento nacional de sacerdotes que

3.5 Recapitulación

En este capítulo presentamos el trabajo realizado por el actual Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia en estos territorios. Como se desprende del análisis, los curas villeros realizan un intenso trabajo pastoral y de asistencia social en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, que permite a sus habitantes acceder a bienes y servicios de manera desmercantilizada (alimentación, ropa, educación, recreación, actividades deportivas, servicio fúnebre, etcétera). Este trabajo de asistencia social se ha volcado con fuerza a la atención de personas con consumos problemáticos de drogas, principalmente de pasta base/paco, desde la emergencia y aumento de su consumo en estos barrios a principios de la década de 2000. Este cambio ha sido posible a partir de la definición de los consumos de drogas como una consecuencia de la exclusión social, y de sus usuarios como víctimas de ella. De esta forma, su trabajo en el abordaje de los consumos de drogas es enmarcado en su “opción preferencial por los pobres”.

Pese a que el actual Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia presenta importantes diferencias con los curas villeros del MSTM (en su rechazo al involucramiento político, su tradición teológica, su vínculo cercano con la jerarquía católica y la forma de entender su opción por los pobres), logra posicionarse en el espacio público como continuador del grupo anterior. Asimismo, su trabajo de asistencia de los consumos de drogas en las villas los dota de cierta legitimidad, que ha sido utilizada por ellos para rechazar -hasta el momento eficazmente- los avances legislativos en materia de despenalización del consumo de drogas. A continuación, analizaremos las características del Programa Hogar de Cristo, los dispositivos que lo integran, y las dimensiones religiosa y territorial de su abordaje.

se identifica por su compromiso “junto a los pobres por su liberación” (Página de Facebook Curas OPP, 12 de mayo de 2014). El grupo funciona como tal desde su primer encuentro nacional en el año 1986 en Florencio Varela, y también se reconoce como continuador del MSTM. En el Grupo participan actualmente casi 200 sacerdotes pertenecientes a distintas diócesis del país y de diversas realidades pastorales: villas, campesinos, indígenas, barrios populares y asentamientos. El grupo de curas OPP suele ser muy crítico de los curas villeros por focalizar su opción por los pobres en las villas y en los consumos de drogas. Para analizar las diferencias entre este grupo de curas y el actual Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia véase Azparren, Quintáns y Dana (2015).

Capítulo 4: El Hogar de Cristo

En este capítulo analizamos las principales características del Programa Hogar de Cristo desarrollado por los curas católicos en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. En primer lugar, describimos los dispositivos que lo integran, las actividades que se realizan en cada uno de ellos, y la composición de sus equipos de trabajo. Posteriormente, analizamos las características que adquiere la dimensión religiosa y territorial de su abordaje.

4.1 Dispositivos del Hogar de Cristo

El Hogar de Cristo es un programa integrado por múltiples dispositivos que articulan su trabajo entre sí: centros barriales, granjas, casitas amigables, hogares residenciales, hogares para poblaciones específicas (usuarios de paco con enfermedades complejas y personas en conflicto con la ley) y cooperativas de trabajo. Si bien este programa surge para dar respuesta a los consumos de drogas -principalmente de pasta base/paco- en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, algunos de sus dispositivos, como las granjas y las casitas amigables, se localizan en el Gran Buenos Aires. Asimismo, en los últimos años se han abierto centros barriales en villas y asentamientos del Gran Buenos Aires y de otras provincias del país, que son impulsados por los sacerdotes locales, y acompañados por los referentes del Hogar de Cristo.³¹ En el año 2016 los sacerdotes de los distintos centros barriales conformaron una Federación, llamada “Familia Grande Hogar de Cristo”, que busca impulsar la conformación de dispositivos para la atención de los consumos de drogas en barrios vulnerabilizados de todo el país (Página web, Federación Hogar de Cristo). A continuación, describimos y analizamos cada uno de los dispositivos que integran el programa Hogar de Cristo.

4.1.1 Los Centros barriales

El “medio campo de la cancha de fútbol”, como los propios curas villeros lo definen, está compuesto por los centros barriales, ya que éstos son los espacios que reciben a las

³¹ En el Gran Buenos Aires existen actualmente dos centros barriales: “El Buen Samaritano”, en villa Palito, Partido de La Matanza, que surgió por iniciativa del Padre Basilio Brítez (Padre “Bachi”) en el año 2007, y desde 2014 trabaja en articulación con el Hogar de Cristo; y el centro barrial “Gauchito Gil”, localizado en Villa La Cárcova, en José León Suárez, Partido de San Martín, que comenzó a funcionar en el año 2012 por iniciativa del Padre “Pepe” Di Paola. Asimismo, en los últimos años se han abierto centros barriales en otras provincias del país: Entre Ríos, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Tucumán, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

personas con consumos problemáticos de drogas y las acompañan en su recorrido por los distintos dispositivos del Programa, y por otras instituciones externas al Hogar de Cristo.

Los centros barriales funcionan en horario diurno (generalmente de 10 a 18hs), y en cada uno de ellos se realizan distintas actividades: provisión de comida (desayuno, almuerzo y merienda), servicios de higiene y ropa, actividades religiosas (misas, bendiciones, rezos), actividades terapéuticas (individuales y grupales), actividades recreativas (fútbol, arte terapia, pintura), y actividades formativas (taller de carpintería, de costura y de comunicación). Asimismo, desde el centro barrial se acompaña a las personas a realizar distintas gestiones: tramitar su DNI, solicitar un turno médico, retirar una medicación, tramitar un subsidio económico, conseguir un lugar donde vivir o resolver alguna cuestión judicial. Estos centros no son definidos como espacios de tratamiento para las adicciones, sino sobre todo como dispositivos de inclusión social.

La función de los centros barriales es la de recibir y acompañar a las personas en situación de consumo y a su familia, orientarlos y gestionar su inserción social. Los centros barriales acompañan la vida de los chicos y no simplemente el proceso de rehabilitación del consumo de drogas. No son instituciones de salud, sino lugares que buscan la inclusión social (Primc, 2013: 18).

Éstos son pensados como “puertas de acceso cercanas y amigables” a los tratamientos, por lo que la abstinencia del consumo no constituye un requisito para concurrir a ellos.

Los centros barriales “están puestos muy estratégicamente en las distintas villas de Buenos Aires o en barrios carenciados del conurbano” (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 16 de noviembre de 2016), y su funcionamiento está a cargo de la Parroquia de cada barrio. En la Ciudad de Buenos Aires existen actualmente seis centros barriales:

- **Centro barrial San Alberto Hurtado**, localizado en la calle Monteagudo 862, en el barrio de Pompeya. Se encuentra al lado de la Parroquia Virgen de Luján, y próximo a las villas 21-24 y Zavaleta. Fue inaugurado el 25 de marzo de 2008.
- **Centro barrial Padre Mugica**, localizado en la intersección de la bajada de la Autopista Illia y la Av. Ramón Castillo, en el barrio de Retiro. Se encuentra al lado

de la Parroquia Cristo Obrero, frente a la villa 31 bis. Abrió sus puertas a principios de 2011.

- **Centro barrial Don Bosco**, localizado en la calle Matanza 2781, en el Barrio Charrúa del Bajo Flores. Depende de la Parroquia María Madre del Pueblo, y se encuentra en frente de la cancha de San Lorenzo de Almagro, próximo a la villa 1-11-14. Fue inaugurado el 5 de julio de 2011.
- **Centro barrial Juan Pablo II**, localizado en la calle Mariano Acosta 2333, pasaje C, del barrio Ramón Carrillo (Soldati). Depende de la Parroquia Virgen Inmaculada, y comenzó a funcionar en marzo de 2014.
- **Centro barrial San Francisco y Santa Clara**, localizado en Castañares 2240, en el barrio Rivadavia I. Depende de la Parroquia María Madre del Pueblo de la villa 1-11-14, y fue inaugurado el 7 de julio de 2015.
- **Centro barrial San José**, localizado en la intersección de las avenidas Bonorino y Directorio, en el barrio de Flores. Depende también de la Parroquia María Madre del Pueblo, y comenzó a funcionar en el año 2015. Es el único centro barrial que no se encuentra en las proximidades de una villa. Sin embargo, concurren a él muchas personas en situación de calle que se encuentran por la zona.

El equipo de trabajo de los centros barriales está compuesto por un sacerdote, un coordinador/a general (laica/o), profesionales de la salud (psicólogos/os, psiquiatras, trabajadoras/es sociales, médicas/os), operadoras/es comunitarias/os, as/ y voluntarias/os. Si bien cuentan con profesionales, desde los referentes del Hogar de Cristo se afirma que lo central no es su formación, sino su compromiso con el trabajo:

(...) nosotros lo que vemos para el equipo de trabajo, para sumar a alguien al Hogar de Cristo... más que “¿Qué profesión tiene?”, es “¿quién es?”, porque nos pasó de tener psicólogos de primera línea que no abrazan, y no sirve. (...) Privilegiamos por sobre todo la vocación de fondo, de venir porque te gusta, porque es una opción de vida, porque querés jugarte la vida por los pibes, no como un trabajo, sino como una opción de vida... (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Cada centro barrial se organiza de diferente manera y cuenta con distintas actividades, según las posibilidades que les van surgiendo y las condiciones edilicias con las que cuentan.

En el centro barrial San Alberto Hurtado trabajan 12 personas, y se dividen en tres equipos de trabajo: el equipo de vida cotidiana, que comparte el día a día con quienes concurren al centro y se ocupan de las comidas; el equipo terapéutico, compuesto mayoritariamente por psicólogas/os; y el equipo de “plan de vida”, que acompaña a las personas que concurren para que puedan solucionar sus problemáticas de documentación, de salud, de vivienda, laborales, etcétera. El centro barrial funciona de lunes a viernes de 10 a 18hs. En él se sirve desayuno, almuerzo y merienda, se realiza un taller de deportes y un grupo terapéutico después del almuerzo. El centro barrial cuenta con una cancha de fútbol techada, un patio con juegos para niños, tres consultorios y un espacio amplio que oficia de comedor. Asimismo, cuenta con baño para mujeres y para varones, donde quienes concurren al centro pueden tomar una ducha, y con una pequeña cocina donde se prepara el almuerzo. Por último, el centro cuenta con dos oficinas: una donde trabaja el coordinador, y la otra que se utiliza para reuniones o como consultorio psicológico.

En el centro barrial Mugica el equipo de trabajo está compuesto por 15 personas, que se dividen en seis áreas de trabajo: social, legal, habitacional, educacional, psicológica y laboral. El centro funciona lunes, martes, jueves y viernes de 12 a 18hs. De 9 a 12hs las personas que asisten regularmente al centro barrial pueden concurrir a alguno de los cuatro emprendimientos con los que cuenta el centro: carpintería, elaboración de velas, costura y cocina. Por su participación en el emprendimiento perciben un ingreso semanal de \$400 (a diciembre de 2016). Luego del almuerzo se realiza el grupo terapéutico, y posteriormente tienen lugar los talleres. El centro barrial Mugica cuenta con talleres de cooperativismo, deportes, cine debate, arte terapia, música y espiritualidad. Asimismo, una vez a la semana se realiza un taller de mujeres, donde se juntan a conversar de sus problemáticas comunes. El centro barrial cuenta con una cancha de fútbol al aire libre, un jardín para niños, un patio -donde se realiza el almuerzo y el grupo-, un aula donde se realizan los talleres, una oficina donde trabaja la coordinadora y tres baños: uno para las mujeres, otro para los varones y otro para el personal del centro.

El equipo de trabajo del centro barrial Don Bosco está compuesto por 5 personas, que se dividen para cubrir los 5 días de la semana. Asimismo, cuentan con una psiquiatra, una psicóloga, una pediatra y una abogada que trabajan en el centro de manera voluntaria y concurren dos veces por semana. El centro funciona de lunes a viernes de 12 a 18hs. En él se sirve el desayuno, el almuerzo y la merienda. Luego del almuerzo se realiza el grupo terapéutico y posteriormente los talleres. Los lunes funciona el taller de mujeres, los martes de teatro, los miércoles de artesanías, los jueves de arte y de Doce Pasos,³² y los viernes funciona el taller de espiritualidad. El centro cuenta con un salón amplio donde se realizan las comidas y los talleres, una cocina, tres baños, una oficina y un consultorio.

Los centros barriales Juan Pablo II, San Francisco y Santa Clara y San José, por ser los más recientes, son los que cuentan con menor cantidad de personal (entre 4 y 6 personas) y menos talleres. El centro Juan Pablo II cuenta con un salón grande, donde se realiza el almuerzo y los talleres, una cocina, una oficina y dos baños. El centro San Francisco y Santa Clara tiene un comedor, un salón de juegos (donde hay metegol y ping-pong), tres baños (para mujeres, varones y profesionales), la cocina y una oficina. El centro San José cuenta también con un comedor amplio, cocina y baños.

En todos los centros barriales, después del almuerzo, se realiza el grupo terapéutico, que consiste en una ronda donde cada persona cuenta cómo se encuentra, y en el que se conversa en relación a un tema propuesto por el/la coordinador/a del grupo. En algunos casos, quienes coordinan los grupos son profesionales que trabajan en el centro barrial, y en

³² “Doce Pasos” es un programa de orientación espiritual (explícitamente no religioso), que se utiliza en los grupos de Alcohólicos y Narcóticos Anónimos. Los Doce Pasos se presentan como una guía para la vida y el crecimiento espiritual (Grippaldi, 2015). Los Doce Pasos son: 1) Admitimos que éramos impotentes ante nuestra adicción, que nuestra vida se había vuelto ingobernable. 2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros mismos podía devolvernos el sano juicio. 3. Decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo concebimos. 4. Sin miedo hicimos un detallado inventario moral de nosotros mismos. 5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas. 6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter. 7. Humildemente le pedimos que nos quitase nuestros defectos. 8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos hecho daño y estuvimos dispuestos a enmendarlo. 9. Enmendamos directamente el daño causado a aquellas personas siempre que nos fuera posible, excepto cuando el hacerlo perjudicaría a ellos o a otros. 10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos rápidamente. 11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente conocer su voluntad para con nosotros y la fortaleza para cumplirla. 12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los adictos y de practicar estos principios en todos los aspectos de nuestra vida.

otros casos, personas que se han recuperado allí de su consumo de drogas, y pasan a ser referentes de los demás. Los grupos duran entre dos y tres horas (dependiendo del centro barrial), y al finalizar todos los presentes se toman de las manos y pronuncian la oración de la serenidad,³³ cerrando con la frase “Fuerza y adelante”.

La cantidad de personas que concurre diariamente también es diferente según cada centro barrial. Los que presentan mayor concurrencia son el Hurtado, el Mugica y el Don Bosco, tanto por ser los de mayor antigüedad como por su ubicación estratégica, próximos a las tres villas más pobladas de la Ciudad. Asimismo, la población que concurre a cada uno de ellos no es estable. Como afirma uno de los entrevistados: “Este mes fueron 60, el otro fueron 110, y el otro fueron 40. Depende mucho de quiénes están en granjas, comunidades, los que caen presos” (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

En el año 2014, durante la gestión del sacerdote Juan Carlos Molina como titular de la SEDRONAR,³⁴ los centros barriales fueron reconocidos por dicha Secretaría como Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs), por lo que desde entonces reciben financiamiento y su trabajo es supervisado periódicamente. Las CAACs son definidas como:

(...) espacios comunitarios con presencia permanente en el territorio y reconocimiento por parte de los actores de la comunidad, que facilitan el acceso a la orientación, contención, atención y acompañamiento de personas que se encuentran en situación de exclusión social y consumo problemático de sustancias (SEDRONAR, Resolución 266/2014, Anexo II: 1).

A diferencia de otro tipo de tratamientos, donde la SEDRONAR financia a las instituciones mediante becas individuales a las personas que concurren, en las CAACs el financiamiento se realiza directamente a la institución. Las CAACs son evaluadas y categorizadas en función de cuatro criterios: 1) la cobertura de las acciones desarrolladas, es decir, la cantidad de población que concurre por mes; 2) la cantidad y el tipo de servicios ofrecidos,

³³ La oración de la Serenidad reza: “Dios, concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, el valor para cambiar las cosas que puedo cambiar, y la sabiduría para reconocer la diferencia”.

³⁴ El sacerdote Juan Carlos Molina fue nombrado como titular de la SEDRONAR en noviembre de 2013, y renunció al cargo en mayo de 2015. Durante su gestión se priorizaron los abordajes comunitarios de los consumos de drogas, creando nuevos dispositivos de atención en territorios vulnerabilizados, como los CEPLA y las CET.

que incluyen: alimentación, acompañamiento a la familia, en la calle, en penales, en hospitales y en comunidades terapéuticas, asesoramiento y patrocinio legal, orientación psicológica y entrega de mercadería; 3) la infraestructura y 4) la conformación del equipo de trabajo. El monto de dinero recibido depende de la puntuación obtenida según estos cuatro criterios. La rendición del dinero no se realiza mediante comprobantes fiscales, sino por contraprestaciones. Es decir, la SEDRONAR supervisa que en las CAACs se brinden los servicios adecuadamente. Desde el reconocimiento de los centros barriales del Hogar de Cristo como una modalidad de abordaje adecuada para los consumos de drogas, han surgido nuevas CAACs en todo el país.³⁵

4.1.2 Las granjas

El Hogar de Cristo cuenta con tres granjas (como los curas villeros las denominan), localizadas en distintos partidos del Gran Buenos Aires. Las granjas son vistas por los referentes como dispositivos complementarios de los centros barriales, destinados a que las personas con problemáticas de consumo puedan alejarse un tiempo de los barrios en los que se encuentran, y poder así profundizar su proceso de recuperación:

El objetivo que se persigue en las granjas es acompañar a jóvenes de las villas que vienen transitando un camino de recuperación desde las sedes de los centros barriales, para que lo continúen y profundicen en otro contexto, distinto a la villa. (...). Durante este período, en el que se busca tomar distancia del barrio, elaboran su proyecto de vida en el marco de la vida comunitaria (Primc, 2013: 18).

En un primer momento, se realiza una “pre-camada” de un mes, donde las personas con problemáticas de consumo concurren de jueves a lunes a las granjas, para conocerlas y realizar un primer acercamiento. Asimismo, se busca que “se guarden” el fin de semana, que suelen ser los días de consumo más intensivo. Posteriormente, se realizan las “camadas” de residencia en las granjas, que duran aproximadamente tres meses, y se realizan en grupos de máximo 12 personas. El modelo que se usa es el de la familia: un

³⁵ Con posterioridad a los centros barriales del Hogar de Cristo, otros dispositivos de tratamiento pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil fueron reconocidos también como CAACs y, por ende, financiados por la SEDRONAR. Es el caso de la Red “Puentes” del Movimiento Popular La Dignidad, por ejemplo.

grupo de personas (habitualmente del mismo género) que conviven en una misma casa, junto a un coordinador o coordinadora, que deben seguir ciertas pautas de convivencia. El objetivo de esta convivencia es fortalecer los vínculos comunitarios en la recuperación:

(...) la diferencia más fuerte con las comunidades es que acá no son internaciones personales, no son caminos individuales, sino que se van formando camadas de distintos centros barriales, se va formando una camada, y la idea es un camino juntos. Digamos, un camino, por tres meses, juntos (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Actualmente el Hogar de Cristo cuenta con tres granjas:

- **Granja Madre Teresa.** Localizada en la Ruta 24, a 1,4 kilómetros del Acceso Oeste, en General Rodríguez. Fue inaugurada en septiembre de 2008. Inicialmente fue destinada a varones, pero actualmente recibe a mujeres solas o con hijos.
- **Granja San Miguel Arcángel.** Ubicada en el antiguo camino que va de general Rodríguez a Marcos Paz, en la localidad de Malvinas Argentinas. Fue inaugurada el 18 de agosto de 2012. Es para varones.
- **Granja La Providencia.** Ubicada en La Reja. También está dirigida a mujeres con hijos, y depende del Hogar de Cristo de Bajo Flores (es la única granja que no es de todo el Hogar, sino sólo para las mujeres de los dispositivos del Bajo Flores).

El Equipo de trabajo en las granjas es similar al de los centros barriales. Cuentan con un/a coordinador/a general, profesionales de la salud, voluntarios/os y sacerdotes. Las granjas surgieron por la necesidad de crear dispositivos que recibieran sin mayores obstáculos a las personas que concurren a los centros barriales, principalmente a las mujeres embarazadas o con hijos.

4.1.3 Las casitas amigables

Las casitas amigables son viviendas distribuidas en distintas zonas de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, dirigidas a quienes ya han realizado un proceso de recuperación del consumo de drogas y necesitan un lugar donde vivir, ya sea porque no tienen o porque regresar al lugar donde residían anteriormente puede dificultar su

recuperación. En las casitas amigables conviven las personas en recuperación, solas o con sus familias. Estas casas no buscan solamente brindar una solución habitacional, sino también recrear una comunidad en la vida cotidiana de las personas que allí residen:

(...) al salir de la granja van a las casitas amigables, que son casas de medio camino, en donde lo que se busca romper es el trasfondo de soledad (...) se forman grupos de 4 o 5 chicos, donde viven juntos, y cada uno hace su plan de vida: uno estudiará, otro trabajará... otro aprenderá un oficio, otro estará con sus hijos, pero, viven, al menos, en la comunidad... (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Las casitas amigables dependen de los centros barriales. En cada una de ellas reside un responsable o coordinador, en general una persona que se encuentra avanzada en su proceso de recuperación. Actualmente el Hogar de Cristo cuenta con diez casitas amigables, localizadas en Florencio Varela, Laferrere, Matheu, Bernal, Pilar y distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires. La mayoría de ellas han sido donadas por particulares a los curas villeros o compradas por la Iglesia católica para el Hogar de Cristo.

No existe un tiempo estipulado de permanencia en las casitas amigables. Las personas pueden residir allí el tiempo que lo necesiten, mientras no recaigan en el consumo y asistan con regularidad a alguno de los centros barriales. En muchos casos las viviendas se encuentran muy alejadas del centro barrial, por lo que las personas que allí residen deben viajar entre dos y tres horas en colectivo todos los días para poder concurrir (es el caso de las casitas amigables localizadas en el Gran Buenos Aires). En conversaciones informales, quienes residen en las casitas amigables relataron que deben levantarse a las 5 o 6 de la mañana todos los días para poder estar en horario en su centro barrial, condición necesaria para continuar residiendo allí.

Los centros barriales Hurtado y Mugica cuentan además con casitas amigables localizadas en sus barrios. El Centro barrial Hurtado tiene la casita “Hermana Pilar”, localizada en el interior de la villa 21-24, al lado de la Parroquia Virgen de Caacupé; y el Centro barrial Mugica cuenta con dos casitas: Cura Brochero para varones y Santa Isabel para mujeres.

4.1.4 Dispositivos de bajo umbral

Además de los centros barriales, las granjas y las casitas amigables, el Hogar de Cristo cuenta con un conjunto de dispositivos de bajo umbral, localizados en distintas zonas de la Ciudad de Buenos Aires. Ana Clara Camarotti define a los dispositivos de bajo umbral como programas que

(...) no sólo ponen atención al consumo como tal, sino también a los daños individuales y sociales que el mismo trae aparejado; facilitan el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud y la accesibilidad a los servicios asistenciales y de tratamiento, que buscan reducir la morbimortalidad, prevenir las enfermedades transmisibles y mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas garantizando el acceso a la información y a la prevención (2013: 35).

Estos dispositivos de bajo umbral son: la carpa de atención Negro Manuel, localizada en la plaza de Constitución, dirigida a personas en situación de calle; el Programa Niños de Belén, localizado en el interior de la villa 21-24; y el dispositivo Madre Teresa en el interior de la villa 31 bis, pensado para la atención de niñas/os con problemáticas de consumo. En ellos se provee de alimentación y acompañamiento a quienes concurren, y se los intenta vincular con algún centro barrial o dispositivo estatal.

La carpa Negro Manuel surge en el año 2012 como continuación del trabajo que desde la parroquia Santa Elisa (localizada en el barrio de Constitución) se realiza los jueves en la “Noche de la Caridad”.³⁶ Actualmente funciona los días lunes, martes y miércoles de 14 a 17hs, los jueves por la noche, y viernes y sábados desde las 12hs hasta las 15hs. Como relata uno de sus referentes:

Nosotros entendíamos que había que hacer una presencia en la calle, digamos. Y concretamente en la plaza. Y ya conocíamos un montón de gente que siempre venía y nos pedía una ayuda cuando los encontrábamos a la noche, en la “Noche de la Caridad”, y como que parecería que la misión requería como

³⁶ La “Noche de la Caridad” es una actividad realizada por distintas Parroquias de la Ciudad de Buenos Aires, donde sacerdotes y voluntarias/os reparten comida a las personas en situación de calle.

un nuevo desafío que era más presencia (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 17 de noviembre de 2014).

En la carpa se reparte mate cocido y galletitas, y se acompaña a las personas que concurren a realizar distintas gestiones: tramitar su DNI, conseguir un subsidio para alquilar, solucionar alguna problemática de salud, iniciar un tratamiento para abandonar el consumo de drogas, etcétera.

El Programa Niños de Belén está dirigido a personas en situación de calle y con problemáticas de consumo, y se localiza en el interior de la villa 21-24, al lado de la capilla San Blas. Constituye el primer acercamiento al Hogar de Cristo. Allí se brinda alimentación y ropa limpia, y se acompaña a las personas que manifiestan querer abandonar el consumo de drogas al centro barrial Hurtado. Si bien en un primer momento fue pensado para recibir a niñas/os con problemáticas de consumo, en la actualidad concurren personas de todas las edades.

Madre Teresa es un dispositivo localizado en el interior de la villa 31 bis, en la Manzana 11, Casa 36, que depende del centro barrial Mugica. Está dirigido a niñas/os con problemáticas de consumo:

También hay un dispositivo para los chiquitos, que se llama Madre Teresa, que funciona adentro del barrio, a los costados de la Autopista en una casita, donde los chicos más chiquitos, menores de edad, tienen ahí su casita (...) Acá los pibes no podían ser chicos, acá tenían que ponerse a la altura del adulto porque si no terminan siendo agredidos (...) Entonces fuimos viendo que ellos necesitan un espacio donde puedan ser lo que son, chicos. Hay algunos de 7, 8, 10, 12, muy chiquitos (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

4.1.5 Dispositivos residenciales

Gran parte de las personas que se acercan al Hogar de Cristo se encuentran en situación de calle.

(...) el perfil concreto es el que terminó en la calle ¿no? Terminó en la calle o porque se fue de la casa de la familia, o porque hace tiempo que está en situación de calle y terminó en la pasta base (...) (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

Ante esta situación, desde el Hogar de Cristo se han intentado distintas respuestas y se han creado nuevos dispositivos. Una de las primeras respuestas ha sido la de derivar a las personas que se acercan a los centros barriales a los Paradores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Los paradores u hogares de tránsito son lugares donde hombres, mujeres y niños pueden ir a pasar la noche de manera provisoria (de 18 a 8hs.). En la Ciudad de Buenos Aires existen 4 paradores: el Parador Retiro, ubicado en la Av. Antártida Argentina, próximo al centro barrial Mugica; el Parador Bepo Ghezzi, a la vuelta del centro barrial San Alberto Hurtado, en el barrio de Pompeya; el parador San José de Flores, en el barrio de Flores; y el parador Azucena Villaflor, en el barrio de Constitución. Los primeros tres son para hombres solos y el parador Azucena Villaflor recibe a mujeres solas o con hijos menores de edad.

Además de los Paradores, existen un total de 19 hogares y centros de integración para personas en situación de calle en la Ciudad de Buenos Aires, 17 de los cuales pertenecen a organizaciones de la sociedad civil que mantienen convenios con el GCBA (Informe preliminar, I Censo Popular de Personas en Situación de Calle, julio de 2017).

Estas instituciones no resultan suficientes para dar respuesta a la gran cantidad de personas que se encuentran en situación de calle o en riesgo de estarlo en la Ciudad de Buenos Aires, que según estimaciones de organizaciones sociales y del Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad ascienden a más de 25 mil.³⁷

³⁷ Según datos del Primer Censo Popular de Personas en Situación de Calle, realizado en mayo de 2017 por organizaciones sociales, el Ministerio Público de la Ciudad de Buenos Aires, el Consejo de Organizaciones de la Defensoría del Pueblo y la Presidencia de la Auditoría General, en la Ciudad de Buenos Aires existen 4394

Por otro lado, estas instituciones no suelen recibir a personas que se encuentren en situación de consumo o que no tengan documentación. Es por ello que desde el Hogar de Cristo se han desarrollado nuevas estrategias para ofrecer un lugar donde vivir a quienes concurren a los centros barriales. Entre ellas se destacan el Hogar Santa María, localizado en el interior de la villa 1-11-14, y La Boyita, localizado en la villa 31 bis.

(...) para los que recién llegan utilizamos el Parador, si es que puede ingresar y no está expulsado. Porque a veces eso también es un problema. Te dicen “está expulsado, está suspendido”. (...) para conseguir un Hogar te piden una placa, un montón de estudios, la historia clínica del pibe que quizás ni sabe a dónde está. Y bueno, cuando vos empezás a tramitar todo eso te lleva un montón de tiempo, y mientras tanto dónde queda el pibe. Entonces también se fueron armando estos lugarcitos para hacerles el aguante a los chicos, para que se queden, para que no se vayan (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

El Hogar Santa María surge en el año 2013, ante la necesidad de contar con un lugar donde alojar a las personas en situación de calle que se acercaban al centro barrial Don Bosco. El Hogar se ubica al lado de la Parroquia María Madre del Pueblo, en la villa 1-11-14. Cuenta con cinco casas: Guadalupe, para mujeres solas o con hijos, y para mujeres trans; Don Orión y San Benito, para varones; San Joaquín, para los adultos mayores; y San Cayetano, para quienes ya han realizado un proceso de recuperación de las adicciones. El Hogar cuenta con un patio grande y con un salón de juegos. El Santa María funciona de 18hs a 12hs del mediodía, horario en el que quienes residen allí concurren a algún centro barrial a pasar el día. En el Hogar se sirve el desayuno, y los habitantes de cada casa son los responsables de preparar la cena. Por la mañana funcionan distintos talleres: panadería, cultura y deportes.

personas en situación de calle efectiva, 1478 personas que residen en Paradores del GCBA o en hogares conveniados, y 20 mil personas que se encuentran en riesgo de quedar en situación de calle (beneficiarios del Subsidio Habitacional, jóvenes institucionalizados, desalojos con sentencia firme, adultos institucionalizados en el sistema penal próximos a finalizar su condena, y adultos que permanecen en el sistema de salud mental por no contar con un lugar donde vivir). Este número es muy superior al registrado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que en abril de 2017 informó que existían en la Ciudad de Buenos Aires sólo 1066 personas en situación de calle efectiva (Informe preliminar, I Censo Popular de Personas en Situación de Calle, julio de 2017).

El equipo de trabajo del Hogar Santa María está compuesto por una coordinadora, un sacerdote, una trabajadora social y un profesor de educación física. Cada casa tiene un responsable, que en general es una persona que se encuentra avanzada en su proceso de recuperación. La población del Hogar no es estable, pero residen allí aproximadamente 120 personas.

La Boyita es una casa rodante y otra pre-fabricada, que se ubica en la intersección de la Av. Ramón Castillo y la calle 12, en la villa 31 bis, a dos cuadras del centro barrial Mugica. Se trata de una estructura mucho menos consolidada que el Hogar Santa María. En este espacio residen aproximadamente 10 personas (todos varones), que se alojan allí hasta que consiguen otro lugar donde vivir (un parador o alquiler) o inician un proceso de recuperación en una comunidad terapéutica o en alguna de las granjas. Al igual que el Hogar Santa María, funciona en horario nocturno, ya que durante el día quienes residen allí concurren al centro barrial Mugica.

4.1.6 “Casa de la Esperanza” y “Casa Libertad”. Dispositivos para problemáticas complejas

En el año 2016 el Hogar de Cristo inauguró un nuevo dispositivo para abordar la problemática de quienes padecen enfermedades infecciosas (principalmente VIH/Sida y tuberculosis) y presentan consumo problemático de pasta base/paco. Se trata de una casa para albergar a esta población y acompañarla en su proceso de recuperación del consumo de pasta base/paco y de tratamiento de sus enfermedades. La Casa de la Esperanza se ubica en la calle Masantonio, a la vuelta del centro barrial Hurtado. El equipo de trabajo está compuesto por un coordinador, un infectólogo, un neumólogo, una pediatra y una trabajadora social.

La casa cuenta con lugar para internación, y fue realizada mediante un convenio con el Ministerio de Salud de la Nación. Trabaja en articulación con los Hospitales Penna y Muñiz, y con la Maternidad Sardá. Desde este dispositivo se busca dar respuesta a la problemática compleja de la adherencia a los tratamientos de VIH y tuberculosis de personas con consumo de pasta base/paco, para la que el sistema de salud actual no estaría preparado:

Imaginate lo que significa que... con la desorganización que significa el paco, con lo demandante que es... los hábitos de consumo y la “gira”³⁸ 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 profesional del Hogar de Cristo, 3 de agosto de 2016).

Más recientemente, en marzo de 2017, desde el Hogar de Cristo se inauguró la Casa Libertad, un espacio destinado al acompañamiento de las personas en conflicto con la ley. Ubicada en el barrio de Flores, esta casa busca dar respuesta a la problemática de las personas usuarias de drogas que tienen causas penales abiertas, y que necesitan asesoramiento o patrocinio jurídico. Asimismo, busca acompañarlas en el difícil proceso de reinsertarse socialmente luego de un período de haber estado privadas de su libertad.

4.1.7 La Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco (AUPA)

En el año 2010 surge la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco (AUPA), con un doble objetivo: brindar una salida laboral a las personas en recuperación del consumo de pasta base, y conformar un grupo de trabajo que realizara las tareas de acompañamiento necesarias en los centros barriales. Esta Cooperativa recibe financiamiento del Ministerio de Trabajo de la Nación (a través del Programa Más y Mejor Trabajo), de la Iglesia católica y de particulares. A julio de 2017, por su participación en la Cooperativa las personas que concurren al Hogar de Cristo perciben un ingreso mensual de \$1600.

El funcionamiento del Hogar de Cristo depende en gran parte del trabajo de acompañamiento que realizan las personas que forman parte de la Cooperativa:

(...) el acompañamiento que nosotros hacemos, en la calle, en las comunidades, en la cárcel, e incluso en el hogar nuestro... el 90% lo hacen los pibes, no lo hace el equipo, digamos, porque no llegas... el equipo direcciona, si querés... pero el

³⁸ La “gira” es definida como un momento de consumo intensivo de pasta base/paco, donde el usuario vaga por las calles durante horas y hasta días sin regresar a su casa (Castilla y Lorenzo, 2012).

cuerpo a cuerpo, permanente, lo hacen los pibes (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Los acompañantes pares cumplen un rol fundamental en la institución. Son quienes preparan la comida, coordinan los grupos, resuelven las situaciones conflictivas, acompañan a las personas con problemáticas de consumo al hospital o a internarse en una comunidad terapéutica, realizan visitas en las cárceles, compran alimentos, etcétera. Se convierten en los “padrinos vitales” de los recién llegados. A su vez, esta tarea los pone en un lugar de responsabilidad, ya que valoriza sus saberes y dota de un nuevo sentido a sus experiencias:

(...) el Hogar depende de nosotros, porque a veces no son muchos operadores, no son muchos voluntarios, y tenemos que estar nosotros. A los voluntarios... si no los conocen, no los podés mandar a la villa a buscar a un pibe. Eh, y bueno, vamos nosotros. Y así, nosotros, vamos tomando conciencia de que se puede salir (Entrevista a acompañante par del Hogar de Cristo, 28 de julio de 2015).

Cada centro barrial tiene criterios distintos para sumar o no a una persona a la Cooperativa. En general, se prioriza que lleve un tiempo prolongado participando de la institución y que muestre compromiso con su recuperación. En algunos casos, las tareas asignadas no tienen que ver con el acompañamiento de otros, sino con estudiar, participar de algún taller o de un micro-emprendimiento laboral.

A partir de la conformación de la Cooperativa, el manejo del dinero comenzó a ser un tema de debate entre los referentes del Hogar de Cristo. En algunos casos quienes participan de la Cooperativa cobran todo el mes junto, en otros cobran semanalmente, y en otros son los referentes del Hogar quienes les administran el dinero. Esta “administración asistida” tiene por objetivo que quienes presentan problemáticas de consumo no puedan disponer de dinero para comprar sustancias. Asimismo, se busca que puedan ahorrar algo de dinero para cuando finalicen su tratamiento.

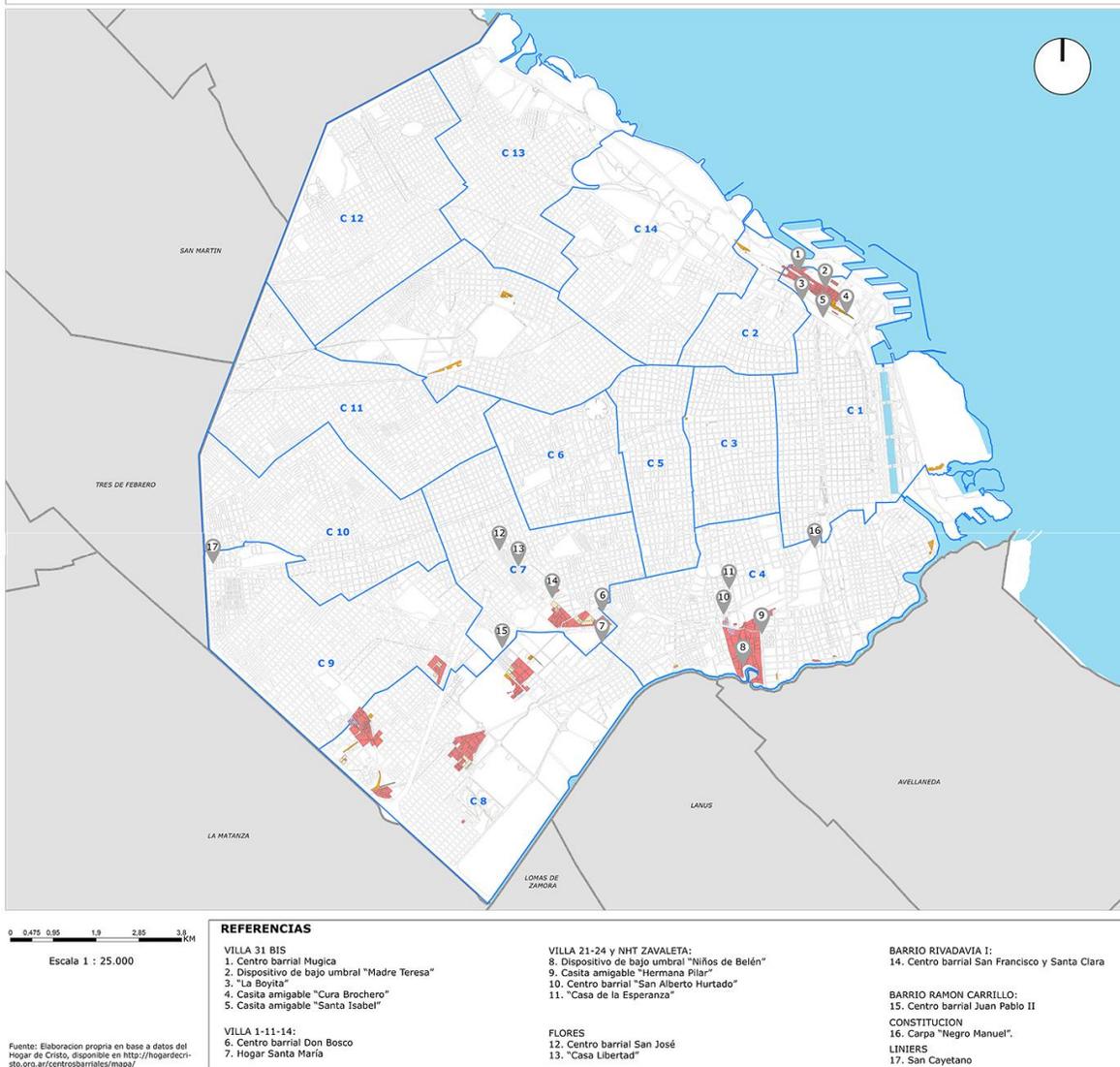
El dinero se convierte así en una forma de establecer lazos de confianza con las personas que concurren al Hogar:

Otra ventaja muy grande, que yo creo que no hay otro dispositivo que trabaje así con los chicos que se van recuperando, es el manejo del dinero. Nosotros también ponemos una apuesta ahí grande... arriesgada, que te expone, que tensiona (...) que te permite jugar con otro, con otras cosas que otros lugares de recuperación no pueden. O sea, la confianza también se apuesta en la plata, ¿viste? Uno dice “yo tengo que irme a hacer un trámite al centro, necesito para la SUBE”,³⁹ listo, pum, tomá... yo ahí aposté en vos, aposté a tu confianza, a tu libertad, vos con esos 20 pesos podés hacer lo que quieras...que también es eso una mirada de la institución (...) (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 22 de octubre de 2014).

³⁹ SUBE, Sistema Único de Boleto Electrónico, es la tarjeta que permite utilizar el transporte público en la Ciudad de Buenos Aires y sus alrededores.

4.1.8 Mapa de los dispositivos del Hogar de Cristo en la Ciudad de Buenos Aires

MAPA 2: DISPOSITIVOS DEL HOGAR DE CRISTO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



4.2 La dimensión religiosa

*La Comunidad terapéutica acompaña un proceso de recuperación,
el Hogar de Cristo acompaña la vida*

(Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

En el Hogar de Cristo la dimensión religiosa juega un rol fundamental. En primer lugar, porque las actividades religiosas estructuran la rutina diaria de todos los dispositivos. Antes de cada almuerzo se bendicen los alimentos, en los grupos terapéuticos se leen fragmentos de la Biblia, los domingos y días festivos se celebran misas, algunas veces al año se realizan peregrinaciones a la Virgen de Luján, misiones y retiros espirituales. En segundo lugar, los curas villeros invitan a las personas que concurren a que realicen los sacramentos católicos, principalmente los de la confesión, bautismo, comunión y confirmación. Asimismo, en todos los dispositivos hay imágenes y estatuillas de Jesús, de la Virgen María y de sacerdotes que son considerados una referencia para los curas villeros (Carlos Mugica, Alberto Hurtado, Don Bosco, Papa Francisco, etcétera), así como cruces y rosarios.

La dimensión religiosa es conceptualizada por los curas villeros y referentes como el “plus” del Hogar de Cristo, como aquello que impide que su experiencia pueda ser replicada por organismos estatales u otras organizaciones de la sociedad civil no religiosas:

La diferencia que tiene, yo creo, el Hogar de Cristo, o comunidades evangélicas, religiosas, es que realmente el pibe siente que puede sanar su historia ¿no? Hay como un nivel superior que perdona, que sana (...). Es la posibilidad de que cuando todo el mundo te dijo que sos un fracasado, un idiota, que no ibas a cambiar, un Dios misericordioso te ama. Y en eso los curas somos unos privilegiados porque somos los que representamos en alguna medida eso (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

La dimensión religiosa del abordaje adquiere así diferentes significados. En primer lugar, se presenta como el lugar del perdón y de la misericordia. El Hogar de Cristo aparece como un espacio que recibe y contiene cuando todos los demás dispositivos de integración (escuela,

centro de salud, trabajo, familia) ya no existen. La religión se presenta así como el último *soporte*⁴⁰ para quienes han perdido sus vínculos familiares y sociales debido a su consumo intensivo de pasta base/paco.⁴¹

Los referentes del Hogar de Cristo afirman que la dimensión religiosa de sus dispositivos es lo que les permite “acompañar la vida” de las personas que concurren. Este acompañamiento es pensado en tres sentidos. En primer lugar, por la realización de un abordaje integral, ya que no se dedican exclusivamente a atender los consumos de drogas, sino que abarcan una multiplicidad de dimensiones de la vida de quienes concurren a sus dispositivos: salud, educación, trabajo, vivienda, vínculos familiares, documentación. En este sentido, destacan la diferencia con otras instituciones (principalmente estatales y comunidades terapéuticas), en tanto tienden a ser cada vez más específicas, sin atender a la integralidad del individuo:

(...) la iglesia también tiene esa función de tener las puertas abiertas y de recibir a todos, que otras instituciones no tienen. “Yo me encargo de esto, de esta población, del adolescente, del adulto, de la tercera edad”, en lugar de mirar el conjunto y de articular con todos. Tener un lugar de puertas abiertas te permite que el chico, digamos, fracase siempre y vos lo recibas siempre también (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 22 de octubre de 2014).

En segundo lugar, “acompañar la vida” se plantea en tanto abordaje de largo plazo. Para los referentes del Hogar de Cristo, la ventaja con la que cuenta el Hogar, en contraposición con otro tipo de abordajes, es el “tiempo”: permanecer en el lugar y recibir siempre, tener paciencia. Es por ello que no existe un alta prefijada, sino que el acompañamiento de las personas que concurren es permanente: se los recibe en los centros barriales, se los deriva a comunidades terapéuticas o a las granjas del Hogar, y se los recibe nuevamente cuando egresan (o abandonan).

⁴⁰ Martuccelli define a los soportes como aquellos medios materiales, simbólicos y afectivos que vinculan al individuo a su contexto y le permiten enfrentar los desafíos sociales y *soportar* la existencia (Martuccelli, 2007).

⁴¹ Míguez (2007) define al consumidor de pasta base/paco como un *doble excluido*, ya que pertenece a un grupo social que padece situaciones de aislamiento social y, a su vez, su consumo de pasta base/paco fragiliza o rompe sus vínculos familiares y sociales.

Por último, “acompañar la vida” significa no sólo acompañar a esa persona en particular, sino también a su entorno familiar y social:

(...) acompañando la vida de ese chico acompañás a la madre, al hermanito, a la pareja, y a todo un vínculo que es necesario acompañar de manera más intensa. Y entonces después quizás al pibe le cuesta conseguir un laburo, o se interna y deja tres chiquitos que después necesitan los pañales, la leche, la comida (...) (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

El modelo de abordaje que plantean es el de la familia: “Lo que mejor describe al Hogar de Cristo es la familia. Vos no te desprendés. Te independizás, crecés, pero siempre volvéis a la casa” (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014). Se propone así una especie de tutelaje de las personas que concurren, a las que se acompaña en distintos momentos de su vida y ante distintas problemáticas.

Por otro lado, muchas de las actividades que se proponen desde el Hogar de Cristo buscan replicar un ambiente familiar. Los almuerzos en los centros barriales se realizan en mesas grandes donde se sientan a compartir todos los presentes (personas que concurren, referentes pares, voluntarios, sacerdotes, profesionales y visitantes). De la misma forma, los grupos terapéuticos son definidos como “una familia que se sienta a hablar de un tema”. En las casitas amigables y en el Hogar Santa María también se intenta replicar una estructura familiar tradicional. En cada casa conviven grupos reducidos de personas (hasta 8 generalmente), y cuentan con una persona responsable, que cumple el rol de tutor.

Así como se busca replicar cierto modelo familiar en cada dispositivo, todo el Hogar de Cristo es entendido como una “familia grande”. Esta concepción coloca a la institución familiar como modelo del abordaje que realizan los curas villeros. De esta forma, se contraponen la familia (entendida como espacio de amor, de comprensión, de intimidad) con la institución estatal tradicional y con la comunidad terapéutica (entendidos como espacios “fríos”, que no contienen, que no trabajan sobre la totalidad del individuo, que no acompañan). Tanto referentes como acompañantes pares destacan que en los dispositivos del Hogar de Cristo se llama a las personas por su nombre, se conocen sus historias y se

festejan sus cumpleaños: “la verdad del hogar va por el lado de la familia, del cariño, del corazón, de los nombres, del vínculo con los pibes” (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Para los referentes del Hogar de Cristo, este abordaje familiar estaría dado por su pertenencia a la Iglesia católica. El conformar una “familia grande” sería posible porque todos son hijos de Dios. La religiosidad cumple así un lugar muy importante en la propuesta de abordaje, ya que es la que permitiría “recibir la vida como viene”, sin juzgarla, y acompañarla desde el amor fraternal:

El plus de la religiosidad está en el acompañamiento sin tiempo y sin condiciones. Me parece que ahí está un poco la diferencia. Que uno lo hace desde el amor incondicional al pibe. Si vos empezás a revisar la historia del pibe tiene un montón de cosas. Quizás es un pibe que fue abusado, que fue maltratado, que quizás asesinó a alguien, hay un montón de cosas. Pero esto de recibir sin juzgar, sino acompañar a la persona que tenés ahí, que puede ser tu hermano, que puede ser tu amigo, tu padre, tu familia. Esa mirada es la que cambia un poco el juego. Es más desde la misericordia (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

Esta religiosidad católica de los dispositivos es matizada por los propios referentes, quienes afirman que debe existir un equilibrio entre la mirada religiosa y la profesional. De esta forma, cuestionan a las comunidades terapéuticas religiosas que no incluyen a profesionales de la salud en su abordaje:

(...) si uno pone el foco sólo ahí [en la religión], sos un extremista, un Talibán, que cree que... algunas comunidades lo hacen, sólo Dios sana. Que vos tenés que ponerte en las manos de Dios, y no hay psicólogo, no hay terapéuticas. Sin profesionales no podés trabajar. No le podés pedir a un pibe de una patología dual que se ponga a rezar el rosario. La única manera que te salga... sí, puede haber un milagro, no lo neguemos, pero el milagro que Dios hace es ponerte gente y profesionales en el camino para que vos puedas trabajar (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

Los profesionales de la salud son incluidos en los equipos terapéuticos, pero en un rol subordinado, donde lo que interesa no es tanto su formación profesional sino su capacidad para acompañar a las personas que concurren “con paciencia y amor fraternal”. Asimismo, se observan diferencias entre los distintos dispositivos del Hogar de Cristo. Mientras en algunos el foco está más puesto en la atención psicológica de las personas que concurren, en otros la mirada religiosa tiene mayor preponderancia.

4.3 La dimensión territorial

El gran hallazgo para mí, la gran intuición, que claramente es de Dios, como todas las cosas de Dios, es haber puesto el foco en el territorio
(Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 5 de diciembre de 2014).

Como analizamos precedentemente, la gran mayoría de los dispositivos del Hogar de Cristo (con excepción de las granjas y algunas casitas amigables) se localizan en villas de la Ciudad de Buenos Aires o en sus proximidades. Esta localización, próxima a lugares de venta y de consumo de drogas, implica algunas complejidades y desafíos para el abordaje:

(...) el laburo en esta villa es muy complejo... en lo que es consumo, hay muchas cocinas de droga... muchísimas. Eso se sabe, digamos, eh, o sea... como les digo, acá... a medio metro venden, 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... las ventanas de los chicos dan ahí, donde venden, donde... donde los chicos, mismos, por ahí consumían (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Ello supone que el Hogar de Cristo deba disputar el territorio –y las personas que allí se encuentran- con los actores vinculados al mundo de las drogas (popularmente conocidos como “transas”⁴²). Como afirma Rodríguez Alzueta:

⁴² El “transa” es aquel que vende drogas a pequeña escala en el barrio. Como afirman Rangugni, Rossi y Corda (2006), la figura del transa para los consumidores no es homogénea. Hay relatos que los describen como “gente común”, familias que venden drogas para sobrevivir, y otros que los definen como una figura

En muchos barrios donde las organizaciones sociales desarrollan sus tareas militantes suelen coincidir con las bandas narcos y las policías. No sólo el territorio está en disputa, sino los jóvenes que viven en esos mismos barrios (Rodríguez Alzueta, 2014: 18).

Esta no es una disputa abierta, ya que en algunas ocasiones los propios “transas” recurren a los dispositivos del Hogar de Cristo para solicitar ayuda, ya sea para ellos mismos o para algún familiar.

El territorio es siempre una arena de disputa. En el ámbito de lo que se conoce como *geografía crítica*, distintos autores han analizado el territorio como un espacio donde se ejerce un poder, ya sea de tipo económico, político o simbólico (Lopes de Souza, 2001; Santos y Silveira, 2001; Raffestin, 2011; Altschuler, 2013). Como afirma Daniela Soldano, el territorio implica los “procesos de marcación y apropiación subjetiva e intersubjetiva que realizan sus habitantes, dado el sistema de poder vigente” (Soldano, 2008: 208).

En esta misma línea, el geógrafo inglés Robert Sack (1980) introdujo el concepto de *territorialidad*, para dar cuenta de las estrategias de un grupo o dispositivo para el acceso al control de personas, cosas y relaciones sobre un área geográfica delimitada, que se configura como territorio. La territorialidad no es sólo la localización, sino que implica la afirmación de la influencia o el control sobre un área geográfica por parte de una organización o dispositivo. La perspectiva de Sack implica el reconocimiento de que los territorios no son fijos, ni se definen de una vez y para siempre.

Siguiendo los aportes de la geografía crítica, la antropóloga Rita Laura Segato retoma el concepto de territorialidad para dar cuenta de los cambios producidos en el campo religioso. Para la autora, las prácticas religiosas contemporáneas pueden ser leídas en el marco de una nueva territorialidad:

Si el territorio es espacio marcado con los emblemas identificadores de su ocupación por un grupo particular, que a su vez inscribe, con sus

negativa de la realidad local. Muchas veces, las propias personas en situación de consumo de drogas se convierten en “transas” para poder continuar con su consumo.

características, la identidad de ese grupo que lo considera propio y lo transita libremente, en el mundo de hoy sería posible decir que hay un nuevo proceso en curso en lo que respecta a la territorialidad, entendida como experiencia particular, histórica y culturalmente definida del territorio. (...) Podría decirse que las personas llevan los marcadores territoriales a cuevas y que se trata de territorios extensibles, que crecen a medida que sus respectivas adhesiones se expanden. (...) Por ejemplo, en una iglesia, hoy, el territorio son sus fieles (Segato, 2009: 44).

Retomando estos conceptos, podemos afirmar que los sacerdotes católicos construyen una nueva territorialidad en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, en tanto desarrollan estrategias para el control de ese territorio y de las personas que allí se encuentran, en disputa con otros actores sociales, políticos y religiosos (iglesias evangélicas, organismos estatales, organizaciones de la sociedad civil, actores vinculados al narcotráfico, etcétera). Esas estrategias nunca implican un control total. Como afirma Cristina Cravino, si bien “existe una disputa por el ‘control político’ del barrio por parte de actores barriales o partidos políticos, no tiene el carácter de ‘control total’” (2009: 49).

Para ejercer un control del territorio, los curas villeros llevan adelante distintas estrategias. La primera consiste en realizar una marcación y apropiación del espacio, construyendo instituciones católicas en distintas partes del barrio. Como analizamos en el Capítulo 3, la Iglesia católica detenta un importante despliegue territorial en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, mediante la construcción de espacios físicos propios (parroquias, capillas, ermitas, clubes deportivos, escuelas, comedores, centros barriales, etcétera), pero también a través de la marcación de otros espacios con simbología católica (murales con imágenes católicas, procesiones por el barrio, etcétera). Como afirma Denis Merklen:

(...) sectores de la Iglesia católica aparecen como el otro gran actor que comprendió esta transformación en la politicidad de las clases populares, en especial en su anclaje territorial. Es así como los “curas de base”, las capillas y las comunidades eclesiales de base se encuentran presentes en casi todos los rincones de casi todos los barrios (Merklen, 2010: 79).

El Hogar de Cristo realiza un abordaje de los consumos de drogas apoyándose en esta territorialidad construida por la Iglesia católica en las villas de la Ciudad. Los dispositivos se ubican siempre al lado de alguna parroquia o capilla, y sus actividades diarias se organizan en torno a ellas. La proximidad a las parroquias permite visibilizar a los dispositivos del Hogar de Cristo, ya que quienes se acercan a ellas comienzan a conocer el trabajo que allí se realiza y, a la inversa, también facilita que las personas que concurren al Hogar de Cristo en búsqueda de asistencia de a poco vayan acercándose a la religión católica.

En estos barrios, donde las instituciones estatales no abundan, los espacios católicos se convierten en una referencia para quienes quieren realizar algún trabajo o actividad allí. Muchas organizaciones de la sociedad civil (fundaciones, ONGs) y personas voluntarias recurren a estos dispositivos para realizar algún taller o prestar algún servicio (médico, legal, psicológico). De la misma forma, distintos organismos estatales recurren al Hogar de Cristo para desarrollar su trabajo en las villas. La SEDRONAR destina psicólogos para que realicen atención y derivaciones en los dispositivos del Hogar de Cristo, a través de los CEDECOR descentralizados; los Centros de Acceso a la Justicia utilizan las instalaciones de los centros barriales para brindar atención, y distintos organismos (Defensorías, centros de salud, escuelas, fuerzas represivas) recurren a estos dispositivos cuando quieren encontrar a una persona:

(...) a veces vienen de distintos lugares y nos dicen: “Mirá estamos buscando a esta persona”. Y los chicos conocen el barrio, conocen los lugares, o pasan por acá y bueno... eso también ayuda a tener una buena comunicación (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 16 de noviembre de 2016).

De igual forma, una gran cantidad de investigadoras/es y académicas/os asisten a estos centros cuando necesitan contactarse con habitantes de las villas o realizar trabajos allí.

Los curas villeros logran así ejercer cierto control sobre estos territorios “hacia afuera”. Para quien no conoce estos barrios y sus dinámicas, los curas villeros se presentan como la mejor forma de acercarse a ellos, ya que garantizan cierto piso de legitimidad entre los habitantes de las villas, así como un relativo conocimiento sobre estos barrios.

Además del control del territorio, los curas villeros despliegan estrategias para ejercer cierto control sobre las personas que allí se encuentran, es decir, para conducir sus prácticas o modificar sus conductas.⁴³ En este caso, los curas villeros desarrollan una serie de estrategias que buscan alejar a las personas del consumo de drogas y acercarlas a sus dispositivos.

La primera estrategia tiene que ver con no esperar a que la demanda de ayuda llegue, sino a ir en su búsqueda. Los curas villeros realizan recorridos por el barrio, donde ofrecen alimentación y asistencia a las personas en situación de calle y de consumo, y las invitan a acercarse a sus centros barriales.

La primera cancha es la calle. Hacemos un trabajo en la calle... salimos a repartir el desayuno tres veces por semana, salimos a repartir la cena tres veces por semana, y articulamos con el [Hospital] Piñeiro y con el [Hospital] Muñiz en las guardias, por los pibes que caen de la calle (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Este recorrido es posible porque los curas conocen las villas, ya que viven y trabajan allí (en algunos casos desde hace muchos años), y son conocidos y reconocidos por los demás en su rol de sacerdotes, lo que los dota de un piso de legitimidad que les permite moverse con relativa tranquilidad.⁴⁴ Para realizar estos recorridos, el Hogar de Cristo incorpora también a los miembros de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco.

Otra de las estrategias para ejercer cierto control sobre las personas, en disputa con otros actores, está vinculada con la posibilidad de que puedan satisfacer sus necesidades básicas en el Hogar de Cristo (alimentación, higiene, ropa, atención de la salud, acceso a un lugar donde dormir). En muchos casos, la búsqueda de satisfacer estas necesidades constituye el primer factor de acercamiento al Hogar de Cristo.

⁴³ Estas estrategias no se dan sin resistencias de las propias personas, que a su vez desarrollan sus propias estrategias para el control del territorio. Sin desconocer estas tensiones, en este capítulo nos centraremos en las acciones desplegadas por los curas villeros.

⁴⁴ Pese a que no utilizan la tradicional vestimenta religiosa, los curas villeros utilizan habitualmente el cuello clerical, como forma de ser identificados.

¿Cómo llegué acá? Llegué porque yo estaba en la calle, y una chica me dijo, “vamos a un lugar que está bueno, te dejan bañarte, te dan ropa, podés comer”, y yo, imaginate, una mugre bárbara, así, toda y... agarré, y me vine, y conocí acá. Y después ya me vine sola (Entrevista a ex usuaria de drogas, 34 años, 25 de agosto de 2015).

De igual forma, la posibilidad de acceder a algunos recursos económicos semanales a través de la participación en la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco o en los micro-emprendimientos constituye un incentivo para permanecer en el Hogar. Desde el Hogar de Cristo se les provee también de tarjetas de colectivo para que puedan movilizarse, y se les brindan las atenciones específicas que necesiten (medicamentos, pañales, trámites judiciales, etcétera). Para recibir estos “beneficios” (como los llaman quienes concurren al Hogar), es obligatorio asistir diariamente al centro barrial y participar de las actividades que allí se proponen. Muchas veces, la actividad diaria consiste únicamente en el almuerzo y el grupo terapéutico, ya que no todos los centros barriales cuentan con actividades recreativas o formativas todos los días. En estos “tiempos muertos” que se producen antes del almuerzo y/o después del grupo terapéutico, las personas que concurren al Hogar organizan partidos de fútbol, conversan en grupos, escuchan música, juegan a las cartas o simplemente permanecen allí sin hacer nada. Para los referentes, esta permanencia en el centro tiene por objetivo sacarlos de la calle y disminuir la posibilidad de consumo, aunque éste no pueda dejarse del todo. Para quienes concurren al Hogar de Cristo, esta permanencia en el centro es vista muchas veces como “perder tiempo”: “el tiempo es oro, quiero recuperar el tiempo perdido, y acá nos siguen haciendo perder el tiempo” (Nota de campo de una conversación mantenida con una persona que concurre al Hogar de Cristo, 18 de octubre de 2016).

De esta forma, desde el Hogar de Cristo se implementan una serie de estrategias que tienen por objetivo ejercer un control sobre el territorio y sobre las personas que allí residen, en disputa con otros actores sociales, políticos y religiosos. Las estrategias para disputar el control de las personas se relacionan con la posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas (vivienda, alimentación, atención de la salud), con el acceso a determinados “beneficios” (tarjetas de colectivo, pequeño ingreso mensual, ayudas económicas), y con la

obligatoriedad de asistir diariamente a los dispositivos del Hogar de Cristo si se quiere acceder a ellos.

4.4 Recapitulación

En este capítulo describimos los dispositivos que componen el Programa Hogar de Cristo y analizamos las dimensiones religiosa y territorial del abordaje que proponen los curas villeros. El Hogar de Cristo incluye una gran variedad de dispositivos, que han sido desarrollados a partir de la emergencia de problemáticas de la población que atienden: falta de vivienda y de trabajo, problemáticas de salud y de educación. En ellos trabajan tanto sacerdotes como laicos y profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, médicos, abogados, profesores de educación física, etcétera). El Hogar de Cristo recibe un importante financiamiento estatal, proveniente de distintos ministerios y organismos: SEDRONAR, Ministerio de Salud y de Trabajo de Nación, y Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, en sus tareas cotidianas trabaja en articulación con una gran cantidad de organismos estatales y de la sociedad civil: defensorías, fiscalías, escuelas, centros de salud, CAJ, CEDECOR descentralizados, hospitales, paradores, fundaciones, ONGs, etcétera.

Este fluido vínculo con distintos organismos del Estado no impide el desarrollo de una importante dimensión religiosa en el abordaje. Las actividades religiosas (misas, rezos, bendiciones) estructuran la rutina diaria de los dispositivos. La dimensión religiosa es vista por sus referentes como el “plus” del abordaje, aquello que impide que su experiencia pueda ser replicada por instituciones estatales o de la sociedad civil no religiosas. Esta religiosidad es definida como la capacidad de “acompañar la vida” de las personas: sus distintas dimensiones, a lo largo del tiempo y en sus vínculos familiares y sociales. El modelo de abordaje que proponen es el de la “familia”, entendida como un espacio de contención que recibe “a pesar de todo”. El Hogar de Cristo se presenta así como el último *soporte* para quienes han perdido todo tipo de *afiliación social* (Castel, 1997) por su consumo de drogas.

Además de la dimensión religiosa, el Hogar de Cristo se destaca por desplegar un abordaje territorial de los consumos de drogas. A partir del análisis de la bibliografía específica

sobre territorio y territorialidad, podemos afirmar que este abordaje es posible en tanto los curas villeros despliegan distintas estrategias para ejercer cierto control de los territorios de las villas, en disputa con otros actores sociales, políticos y religiosos. Este control es posible gracias al despliegue territorial realizado por la Iglesia católica en las villas desde hace décadas, y al conocimiento y reconocimiento que detentan los curas villeros en estos barrios.

A continuación, presentamos los resultados de las encuestas aplicadas a las personas que concurren al Hogar de Cristo. Ello nos permitirá conocer sus principales problemáticas sociales y de consumo, así como sus experiencias de tratamiento previas y sus formas de acceso y expectativas con el Hogar de Cristo. Estos datos nos permitirán, en el último capítulo, analizar las potencialidades y limitaciones del Hogar de Cristo para el abordaje de los consumos de drogas en contextos de exclusión social.

Capítulo 5: Caracterización de las personas que concurren al Hogar de Cristo

En este capítulo describimos las principales características de las personas que concurren al Programa Hogar de Cristo, a partir del análisis de 150 encuestas realizadas entre junio y noviembre de 2015 en los seis dispositivos localizados en -o próximos a- villas de la Ciudad de Buenos Aires. Las encuestas fueron aplicadas a personas de 18 años o más que concurren al Hogar de Cristo por presentar consumo de pasta base/paco. 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 asiste diariamente a cada uno.

En primer lugar, analizamos sus principales dimensiones socio-demográficas: género, edad, situación conyugal, personas de convivencia, situación habitacional, lugar de residencia, nacionalidad, tenencia de DNI, cobertura médica, problemáticas de salud, nivel educativo y situación ocupacional. A continuación, describimos las distintas sustancias de consumo, la edad de inicio del consumo en general, y de pasta base en particular, y la frecuencia de uso de pasta base antes de ingresar al Hogar de Cristo. Posteriormente, analizamos las trayectorias de tratamiento de las personas que concurren: sus tratamientos previos, las razones de su abandono, la forma por la que han accedido al Hogar de Cristo y sus principales expectativas con respecto a estos dispositivos. Para finalizar, elaboramos algunas conclusiones en relación a las características generales de la población que concurre al Hogar de Cristo.

Los resultados obtenidos en la población que concurre al Hogar de Cristo son comparados con los encontrados en estudios similares realizados en otros centros de tratamiento del país: el II Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento en Argentina, publicado por el Observatorio de Drogas de la SEDRONAR en 2011;⁴⁵ y el informe publicado por la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y

⁴⁵ Se trata del último estudio de esas características realizado por la SEDRONAR. Con posterioridad al año 2011, no se han realizado nuevos estudios en centros de tratamiento que nos permitan utilizar datos más actualizados. En virtud de ello, incorporamos también para la comparación el estudio realizado por la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal, publicado en el año 2015 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015).

Legislación Penal en enero de 2015, titulado “Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015).

En el estudio realizado por la SEDRONAR se presenta información de un total de 1771 encuestas (representativas de unos 21252 pacientes) aplicadas en 48 centros de tratamiento de todo el país. Para la conformación de la muestra, los centros fueron clasificados en función de diferentes variables: tipo de administración y/o financiamiento (público, privado o mixto), el carácter de su atención (establecimientos de atención general de la salud o de atención específica a la problemática del consumo de sustancias) y la capacidad de atención (cantidad de pacientes por centro). Asimismo, el diseño de la muestra tuvo en cuenta la distribución geográfica de los dispositivos (SEDRONAR, 2011).

Por su parte, el informe publicado por la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal en enero de 2015, presenta los resultados de una encuesta aplicada a 2000 personas en tratamiento por adicciones en más de 90 centros del país (la mayoría comunidades terapéuticas), pertenecientes a la Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la República Argentina (FONGA). En este caso se trata de una muestra intencional, no probabilística.

Por último, en algunas dimensiones los resultados obtenidos en el Hogar de Cristo son comparados con los arrojados por el “Estudio piloto en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay”, publicado por la CICAD/OEA en julio de 2016. En este estudio se reúnen un total de 726 encuestadas aplicadas a personas de 18 años o más que concurren a centros de tratamiento o dispositivos de apoyo contención por presentar consumo de cocaínas fumables. En este caso también se trata de una muestra intencional, no probabilística, que brinda información sobre los cinco países del Cono Sur referidos precedentemente.

5.1 Características sociodemográficas de las personas que concurren al Hogar de Cristo

5.1.1 Género y edad

Del total de personas encuestadas (n=150) el 79.3% son varones, el 18.7% son mujeres y el 2% se autodefinen como trans. La variable “género” fue construida a partir de la autopercepción de las personas encuestadas, lo que nos permitió incluir a la población trans, que no ha sido relevada por ninguno de los otros estudios aquí analizados.

Esta distribución por género es similar a la encontrada en los dos estudios referidos precedentemente realizados a nivel local, y en el informe publicado por la CICAD/OEA a nivel regional. En el estudio de la SEDRONAR, la muestra (sólo en este caso representativa) está conformada por un 81.9% de varones y un 18.1% de mujeres, mientras que en el de la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal las mujeres constituyen sólo el 13% de las personas encuestadas. En relación a los otros países del Cono Sur, encontramos que en Brasil la distribución de la muestra es de 91% de varones y 9% de mujeres, en Paraguay es de 93% varones y 7% mujeres, en Uruguay de 87.8% y 12.2% respectivamente, y en Chile es donde las mujeres presentan un mayor porcentaje de la muestra (31.7%).

A partir de estudios anteriores (Rojas Valero y Romo-Avilés, 2002; Romo-Avilés y Gil García, 2006; Camarotti y Touris, 2010; Romo-Avilés y Camarotti, 2015), podemos afirmar que esta diferencia entre varones y mujeres en las muestras analizadas está vinculada a dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, a que las mujeres presentan en general menor prevalencia de consumo de drogas ilegales que los varones. En efecto, y según datos del estudio realizado por la SEDRONAR en las villas de la Ciudad, mientras la prevalencia del consumo de pasta base/paco en el último año es del 10.2% para los varones, ese porcentaje desciende al 1.4% en las mujeres (SEDRONAR, 2012). Esta diferencia entre varones y mujeres en el uso de drogas ilegales y socialmente rechazadas, como es la pasta base/paco, se encuentra vinculada con los roles y estereotipos de género. Como afirman Arana, Markez y Montañés (2012), en virtud de los roles de género, las mujeres reciben mayor penalización y estigmatización social que los varones cuando consumen este tipo de

sustancias, lo que implica que exista un menor consumo y, a su vez, un menor registro de los consumos existentes en las estadísticas.

En segundo lugar, la diferencia entre varones y mujeres registradas en las muestras de distintos centros de tratamiento del país y de la región se vincula con la mayor dificultad de las mujeres para acceder a ellos. Según Camarotti y Touris (2010), ello se debe a la ausencia de una perspectiva de género en los programas asistenciales, que no tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres consumidoras de sustancias, en este caso, de pasta base/paco. Un ejemplo de ello lo constituye la ausencia de centros de tratamiento que permitan a las mujeres concurrir con sus hijos, cuestión que abordaremos más adelante.

Tabla 1: Población según grupos de edad (en absolutos y porcentajes)

Grupos de edad	Absolutos	Porcentajes
18 a 24 años	37	24.7%
25 a 35 años	76	50.7%
36 años y más	37	24.7%
Total	150	100%

Fuente: elaboración propia.

Los grupos de edad fueron conformados siguiendo la categorización realizada por la CICAD/OEA. Como se observa en la Tabla 1, se trata de una población mayormente adulta, donde más de tres cuartas partes de los casos (75.4%) tienen 25 años o más. La edad mínima está dada por los estándares éticos de esta investigación (18 años), pese a que diariamente concurren al Hogar de Cristo personas menores de edad, y la edad máxima encontrada es de 55 años. La media es de 30 años, y la mediana se encuentra en 29,5 años. Es decir, la mitad de las personas encuestadas tiene más de 29 años. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros países de la región, con excepción de Paraguay, donde la media se encuentra en los 24 años (CICAD/OEA, 2016).

La comparación de estos resultados con los arrojados en los informes de la SEDRONAR (2011) y de la Dirección Nacional de Política Criminal en materia de Justicia y Legislación

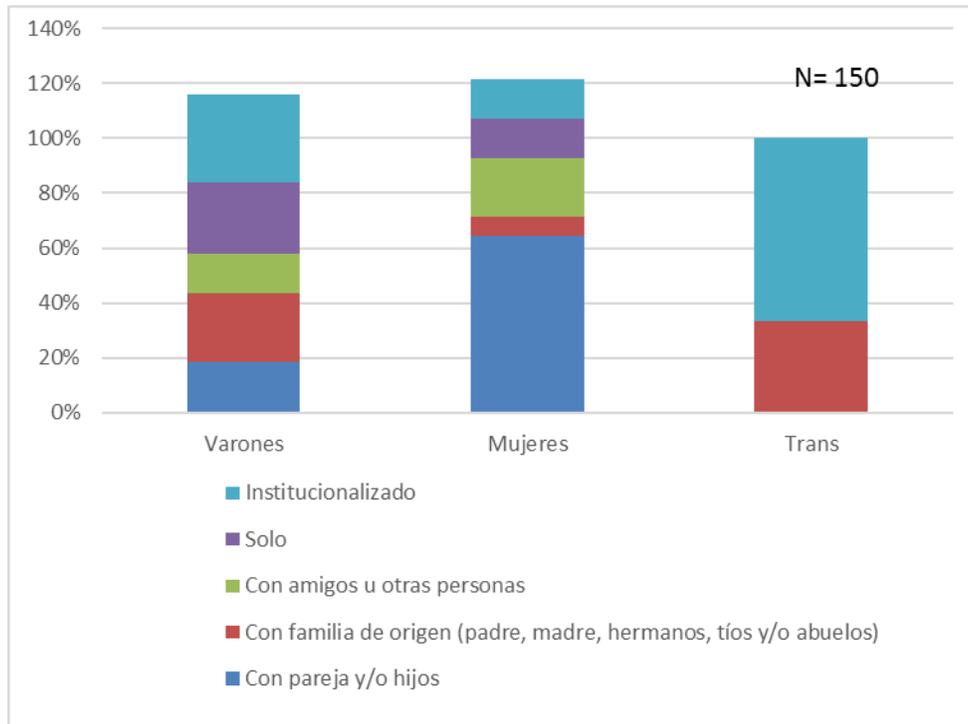
Penal (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2015) no resulta pertinente, ya que en ambos casos se incluyó en la muestra a la población menor de 18 años. En virtud de ello, las medias de ambos estudios se encuentran muy por debajo de los 30 años. En el informe de la SEDRONAR sólo el 57% de los casos tiene 25 años o más, mientras que en el otro estudio ese porcentaje desciende al 50%.

5.1.2 Conformación del hogar, situación habitacional y lugar de residencia

En relación a la situación conyugal, sólo el 24.7% refirió encontrarse en pareja, mientras que del porcentaje restante el 58% es soltero y el 17.4% viudo o separado. Si cruzamos ese dato con el género de las personas encuestadas, encontramos que el 46.4% de las mujeres se encuentra en pareja, mientras que en los varones ese porcentaje es sólo del 20.1%.

De la misma forma, el porcentaje de casos que convivió con su pareja y/o con hijas/os en el mes anterior al ingreso es más alto en las mujeres que en los varones. En el caso de las primeras, el 64% convivió con pareja y/o hijos, mientras que para los hombres ese porcentaje es sólo del 19%. A la inversa, la situación más común entre los varones fue la de estar institucionalizados, con el 31.9%, mientras que para las mujeres ese porcentaje fue sólo del 14.3%. Las personas trans (sólo 3 casos), refirieron residir institucionalizadas (2 casos) y convivir con su familia de origen (1 caso).

Gráfico 1: Personas de convivencia en los últimos 30 días según género (respuesta múltiple, en porcentajes)⁴⁶



Fuente: elaboración propia

Un 66.7% de las personas encuestadas refirió tener al menos un hijo menor de 18 años. De ese porcentaje, sólo el 24.6% convive con ellos. Si cruzamos ese dato según el género de las personas encuestadas, encontramos que el porcentaje de convivencia con hijos menores de edad se eleva al 54.2% para el caso de las mujeres, mientras que desciende al 19.7% para los varones. Esta diferencia en el porcentaje de convivencia con los hijos da cuenta también de cómo afectan las desigualdades de género en las personas con consumos problemáticos de drogas y en sus posibilidades de realizar tratamiento.

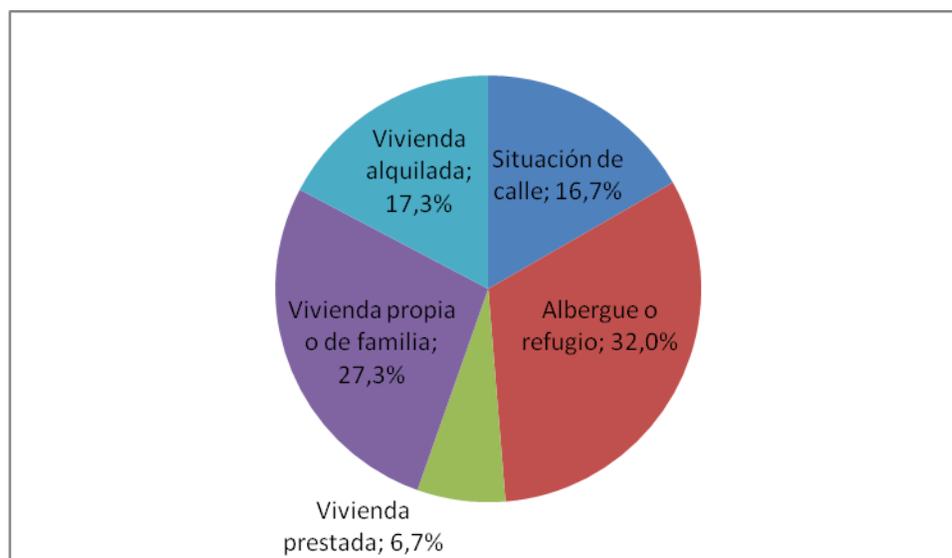
María Victoria Castilla y Gimena Lorenzo (2012) analizan las experiencias de mujeres madres consumidoras de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. Para las autoras, en virtud de los roles y estereotipos de género, las mujeres sufren en mayor medida la condena social por consumir drogas y abandonar a sus hijos. Asimismo, la maternidad se

⁴⁶ En los casos de preguntas de respuesta múltiple, los resultados superan el 100%, ya que un mismo encuestado puede elegir más de una opción (en este caso, por ejemplo, puede convivir con pareja e hijos, y también con un familiar de origen).

presenta como un "verdadero moldeador de las emociones, pensamientos y prácticas" (Castilla y Lorenzo, 2012: 86) de las mujeres consumidoras de pasta base/paco. Ello permite explicar por qué las mujeres, pese a su situación de consumo de drogas, tienden a convivir con sus hijos en mayor medida que los varones. Asimismo, esta situación presenta particularidades para el trabajo con mujeres consumidoras de drogas, ya que sus posibilidades de concurrir a un tratamiento se ven disminuidas si no se tiene en cuenta esta condición.

Por otro lado, y a diferencia de las mujeres, el 58% de los varones encuestados refirió haber vivido solo o institucionalizado en el mes anterior al ingreso al Hogar de Cristo.

Gráfico 2: Situación habitacional más frecuente en los últimos 30 días anteriores al ingreso al Hogar de Cristo (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

En relación a la situación habitacional (Gráfico 2), encontramos que el 16.7% de las personas encuestadas se encuentra en situación de calle, mientras que el 32% reside en un albergue o refugio (en su mayoría Paradores del Gobierno de la Ciudad y el Hogar Santa María). Es decir, casi la mitad de las personas encuestadas (48.7%) no cuenta con una vivienda. Por otra parte, del total de personas que alquilan, un 58% lo hacen mediante el Subsidio habitacional que otorga el Programa de Atención para Familias en Situación de calle del Gobierno de la Ciudad. Ello implica una precaria estabilidad, dado que el mismo

se percibe por un período máximo de 10 meses, después del cual pueden volver a quedar en situación de calle.

Los datos obtenidos en Argentina en relación a esta temática son similares a los arrojados por el estudio de la CICAD/OEA en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y dispositivos de apoyo contención en los países de la región. El porcentaje de personas en situación de calle en el mes anterior al ingreso al tratamiento es del 20% en Brasil, de 11.5% en Uruguay y de 7.6% en Paraguay. En relación al porcentaje de personas institucionalizadas, se observa un 3% en Brasil, 14.6% en Uruguay y 4.7% en Paraguay.⁴⁷

Estos datos contrastan con los resultados del informe realizado por la SEDRONAR (2011) en pacientes de distintos centros de tratamiento del país (principalmente comunidades terapéuticas y centros ambulatorios). En dicho estudio, sólo el 2.6% está en situación de calle y el 1.5% reside en un hotel o pensión. Es decir, el 95.9% de las personas encuestadas cuenta con una vivienda, ya sea propia o alquilada.

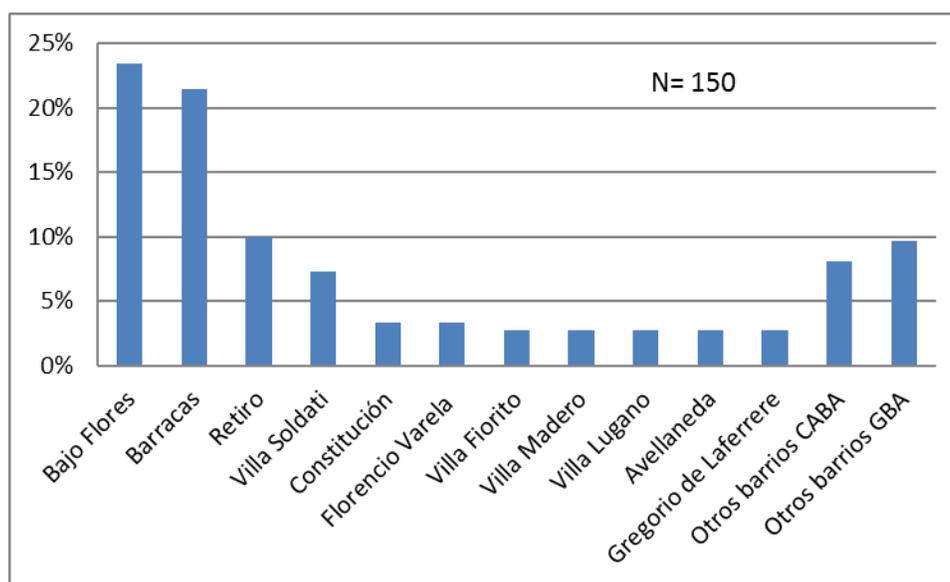
De la misma forma, resulta interesante comparar los barrios de residencia habitual. Mientras en el Hogar de Cristo el 53.3% de las personas encuestadas refirió residir en una villa o asentamiento (ya sea en una vivienda o en una “ranchada”⁴⁸ en la calle), en el estudio realizado por la SEDRONAR en distintos centros de tratamiento del país sólo el 3.5% afirmó residir en un barrio de este tipo.

Estos datos nos permiten afirmar que las personas que concurren al Hogar de Cristo se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad habitacional en comparación con personas que realizan tratamientos para el consumo de drogas en otro tipo de dispositivos.

⁴⁷ En estas variables no existen datos disponibles para el país de Chile.

⁴⁸ Las “ranchadas” constituyen espacios donde niños, jóvenes y adultos en situación de calle y de consumo residen juntos y se brindan protección.

Gráfico 3: Barrios de residencia habitual (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

Las zonas de residencia son en su mayoría los barrios donde se encuentran los dispositivos del Hogar de Cristo: Bajo Flores (23.4%), Barracas (21.4%), Retiro (10%) y Villa Soldati (7.3%). Sin embargo, como se observa en el gráfico 3, no todas las personas que concurren al Hogar de Cristo residen en estos barrios, sino que un gran porcentaje (37.9%) provienen de otros barrios de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires.

En relación a la nacionalidad de las personas encuestadas, encontramos que el 90% son argentinas. Las personas extranjeras provienen de Perú (3.3%), Paraguay (2.7%), Uruguay (2.7%), Bolivia (0.7%) y Brasil (0.7%).

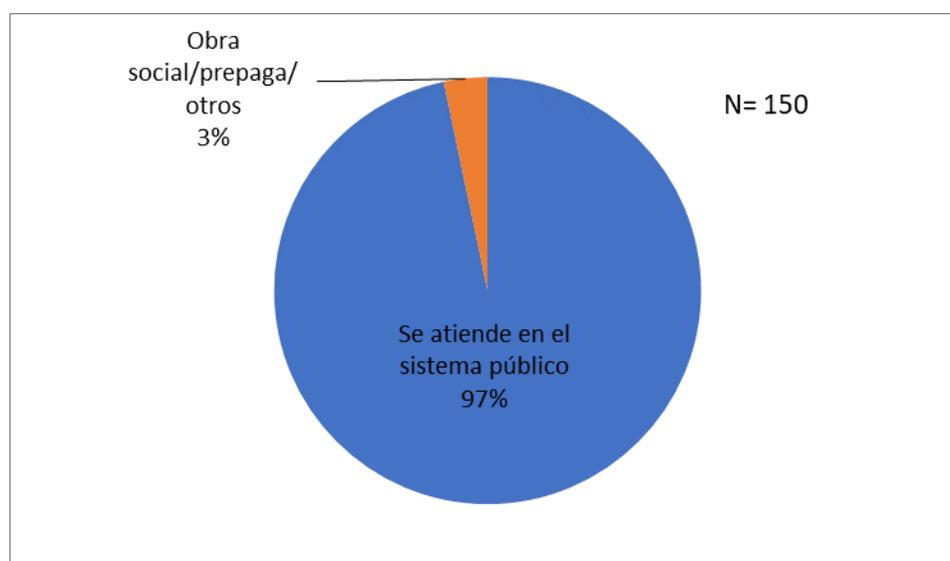
5.1.3 Documentación y acceso a la salud

Uno de cada cuatro casos (el 25.7%) no cuenta con Documento Nacional de Identidad (DNI), por distintos motivos: nunca lo tramitaron, lo tienen en trámite o lo han perdido. Ello coloca a estas personas en una situación de extrema vulnerabilidad, ya que sin DNI no pueden ingresar a un Parador estatal para dormir, ni realizar un tratamiento para las adicciones (con excepción del Hogar de Cristo), ni tramitar un subsidio económico. La falta de DNI contribuye a aumentar así su situación de vulnerabilidad social, ya que les impide el

acceso al cuidado de su salud y a la posibilidad de realizar un tratamiento que no sea en el Hogar de Cristo.

En lo que refiere a la cobertura de salud, el 97% de las personas encuestadas depende exclusivamente del sistema público. Ese porcentaje es mayor al de la población que habita en villas (80%), y supera ampliamente al de la población total de la Ciudad de Buenos Aires, donde sólo el 18.7% depende exclusivamente de este sistema (Dirección General de Estadísticas y Censos del GCBA, septiembre de 2016).

Gráfico 4: Cobertura de salud (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

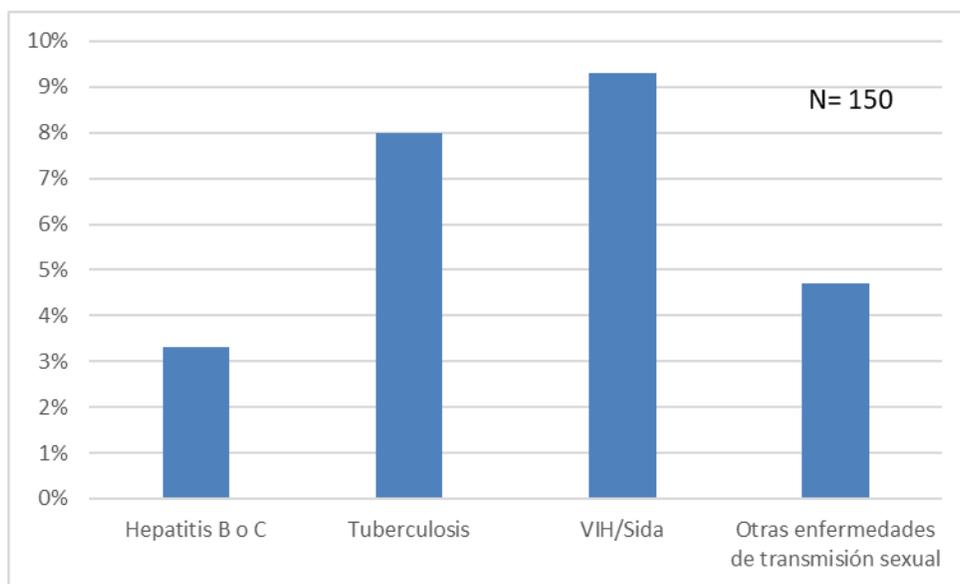
Como analizamos en el capítulo 2 de esta tesis, para las personas que no cuentan con obra social ni cobertura privada, la atención de sus problemáticas de consumo es responsabilidad de la SEDRONAR o también, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones. Ambos organismos trabajan desde el sistema de becas individuales, que financian un tratamiento (en general en comunidades terapéuticas o centros ambulatorios) por un tiempo máximo de 12 meses.⁴⁹ Ello significa que, al finalizar ese período, las personas no cuentan con la posibilidad de realizar un nuevo tratamiento cubierto por la SEDRONAR, aunque persista la problemática de consumo.

⁴⁹ En el caso de la SEDRONAR, ese plazo puede extenderse por tres meses más en casos excepcionales (OAD/SEDRONAR, 2011).

Por otro lado, la falta de DNI y la dependencia al sistema público dificultan la atención de la salud de esta población. Como afirma Ramírez (2016), a las dificultades propias del sistema público de la Ciudad (demoras en la atención, dificultad para acceder a turnos médicos, exigencia de trámites extremadamente burocráticos), se suman las particularidades de esta población, que suele ser estigmatizada por los profesionales de la salud.

Ello se ve agravado por la complejidad de las problemáticas de salud que presentan muchas de las personas encuestadas.

Gráfico 5: Diagnóstico positivo en enfermedades infecciosas (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia.

Como se observa en el gráfico 5, un 3.3% de las personas encuestadas presenta Hepatitis B o C, un 8% tiene diagnóstico positivo de Tuberculosis, un 9.3% VIH y un 4.7% afirmó padecer alguna otra enfermedad de transmisión sexual. Estos números resultan elevados en relación a la población general de la Ciudad de Buenos Aires. Según el Boletín sobre VIH-SIDA de la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (2016), la tasa de personas con VIH cada 100 mil habitantes es de 26.6 para la Ciudad de Buenos Aires.

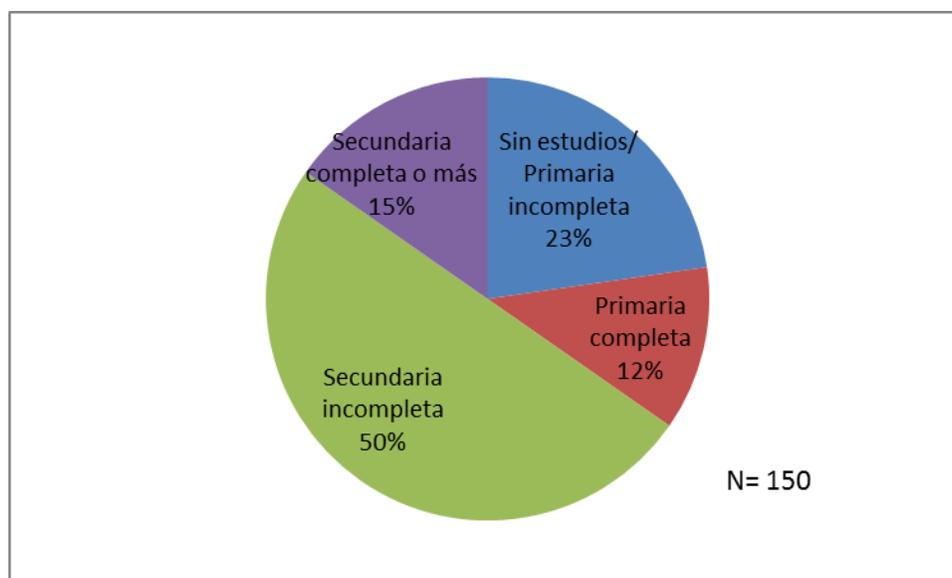
En relación a las enfermedades infecciosas crónicas, como el VIH, de las 14 personas afectadas, 11 manifestaron encontrarse realizando el tratamiento correspondiente.

En relación a la presencia de enfermedades crónicas, el 4% de las personas encuestadas refirió padecer hipertensión arterial, el 3.3% algún tipo de cáncer, el 7.3% una enfermedad respiratoria crónica (en su mayoría asma), y el 6.7% manifestó presentar alguna otra enfermedad.

La encuesta indagó también sobre la afección de enfermedades psiquiátricas. Del total de casos, el 10.7% manifestó padecer trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar), y el 60% de ellos refirió encontrarse realizando un tratamiento por ello. Las personas encuestadas refirieron presentar también ataques de pánico, intentos de suicidio y esquizofrenia.

5.1.4 Nivel educativo y situación ocupacional

Gráfico 6: Máximo nivel educativo alcanzado (en porcentajes)

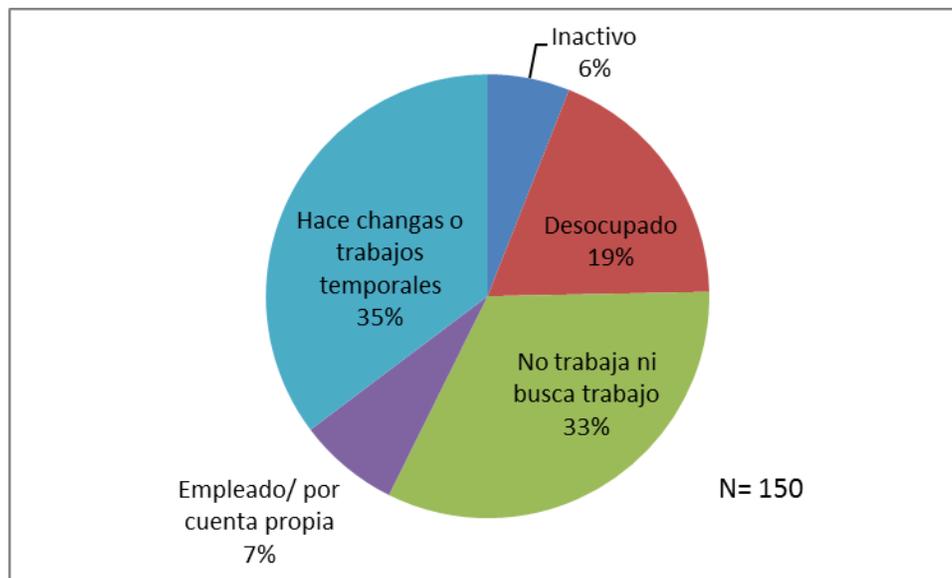


Fuente: elaboración propia

En relación al máximo nivel educativo alcanzado, el 85% de las personas encuestadas no ha finalizado sus estudios obligatorios. Este porcentaje es mayor al de la población adulta que habita en villas (78%) y supera ampliamente al de la población adulta de la Ciudad, dónde sólo el 36.6% no ha finalizado sus estudios obligatorios (Lépore, 2012). Entre los motivos por los que no pudieron finalizar sus estudios se destacan: consumo de sustancias (40%),

problemas económicos (28%), problemas familiares (4.2%), y su expulsión por parte de la escuela (4.2%).

Gráfico 7: Situación ocupacional (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

En relación a la situación ocupacional, encontramos que el 58% de los casos no trabaja, por distintos motivos: no busca trabajo (33%), busca pero no encuentra (19%) o es inactivo (6%, jubilados, estudiantes, personas con discapacidad). De las personas que refirieron realizar changas o trabajos temporales, la mayoría hizo referencia a su participación en la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco, lo que da cuenta de una escasa inserción en el mercado de trabajo, ya sea formal o informal, así como de la importancia de esta iniciativa del Hogar de Cristo para su situación laboral y económica.

En el estudio realizado por la SEDRONAR en distintos centros de tratamiento del país (2011), el porcentaje de personas que no buscan trabajo es de 18.7%, mientras que el de desocupados es de 12%, siete puntos porcentuales menos que en el Hogar de Cristo.

A partir de los indicadores analizados, podemos afirmar que la población que concurre al Hogar de Cristo presenta en general peores indicadores sociodemográficos que la población encuestada en otros centros de tratamiento del país. Vive en peores condiciones, presenta menor nivel educativo y mayores dificultades para insertarse en el mercado laboral.

Asimismo, si bien no contamos con datos para establecer comparaciones en estos aspectos, una de cada cuatro personas no cuenta con DNI y casi la totalidad depende del sistema público de salud. Estos indicadores son aún peores que los registrados en la población general que habita en villas.

5.2 Pautas de consumo de drogas

En este apartado analizamos las pautas de consumo de drogas de las personas encuestadas, teniendo en consideración: sustancias de consumo, edad de inicio del consumo y frecuencia de uso antes de ingresar al tratamiento.

5.2.1 Sustancias de consumo

En virtud de los objetivos de esta investigación, las encuestas fueron aplicadas a personas que han consumido alguna vez en la vida pasta base. Sin embargo, todas las personas encuestadas refirieron haber consumido más de una sustancia a lo largo de su vida, entre las que se destacan: alcohol, tabaco, solventes o inhalantes, marihuana, cocaína y psicofármacos (denominados por las personas encuestadas como “pastillas”, que incluyen sedantes, tranquilizantes y depresivos).

Tabla 2: Prevalencia de vida de consumo de sustancias (en absolutos y porcentajes)

Sustancia	Frecuencias	Porcentajes
Pasta Base	150	100%
Marihuana	132	88%
Cocaína	117	78%
Psicofármacos	82	54.6%
Alcohol	81	54%
Tabaco	76	50.6%
Solventes o inhalantes	41	27.3%
Otras drogas (LSD, éxtasis)	15	10%

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la Tabla 2, un altísimo porcentaje ha consumido marihuana, cocaína y psicofármacos (en la mayoría de los casos sin prescripción médica) en algún momento de su vida. La prevalencia de consumo de alcohol y tabaco no resultan tan elevadas en comparación con la población general. Ello puede deberse a que se trata de sustancias que

muchas veces no son conceptualizadas como “drogas” por quienes las utilizan, en virtud de su estatus jurídico. Por otro lado, el porcentaje de personas que han consumido solventes o inhalantes en algún momento de su vida resulta muy elevado, sobre todo si se lo compara con estudios similares realizados en otros centros de tratamiento. En el estudio de la SEDRONAR (2011), por ejemplo, el porcentaje de personas que ha consumido dichas sustancias es del 19.6%, casi ocho puntos porcentuales menos.

En relación al uso de drogas inyectables, encontramos que un 8.7% de los casos las utilizó alguna vez en la vida, pero en ningún caso dicho consumo tuvo lugar en el último año.

5.2.2 Edad de inicio del consumo

El promedio de edad de inicio en el consumo de cualquier sustancia (legales e ilegales) se encuentra en los 13.3 años, un año menos que el promedio de edad de inicio que figura en el estudio de la SEDRONAR (14.7 años). La menor edad de inicio registrada es de 7 años y la mayor de 37 años.

Tabla 3: Edad de inicio en el consumo (en absolutos y porcentajes)

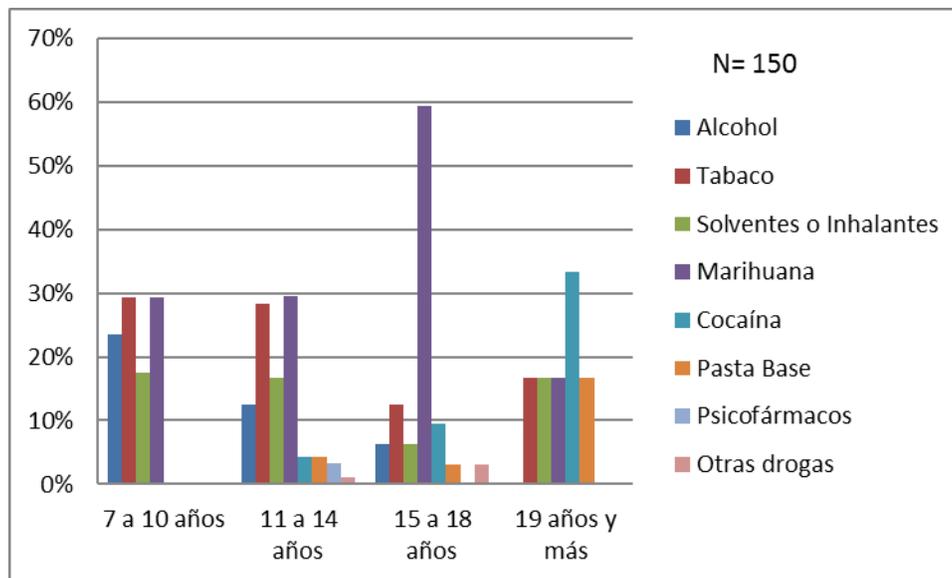
Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
7 a 10 años	17	11.3%	11.3%
11 a 14 años	95	63.3%	74.6%
15 a 18 años	32	21.3%	95.9%
19 años o más	6	4.1%	100%

Fuente: elaboración propia

El inicio en el consumo de cualquier sustancia se da en la mayoría de los casos antes de los 18 años, y principalmente antes de los 14 años de edad. Las principales drogas de inicio en el consumo son la marihuana (35.3%), seguida por el tabaco (24.7%), los solventes o inhalantes (14.7%) y el alcohol (12%). Sólo un 6% de las personas encuestadas inició su consumo con la cocaína y un 4% lo hizo con la pasta base/paco. De esta forma, resulta elevado el porcentaje de personas que iniciaron su consumo con solventes o inhalantes, sustancias altamente nocivas para la salud. Este dato contrasta con los resultados obtenidos

en el estudio de la SEDRONAR (2011), donde sólo el 2.9% de los casos se inició con estas sustancias.

Gráfico 8: Sustancias de inicio del consumo según grupo de edad (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

Como se observa en el gráfico 8, las sustancias de inicio del consumo varían según la edad de inicio. En los que se iniciaron entre los 7 y los 10 años prevalecen la marihuana y el tabaco, seguidas por el alcohol y los solventes e inhalantes, mientras que en el grupo de personas de 19 años y más el inicio en el consumo se da mayoritariamente con la cocaína.

En lo que respecta a la pasta base, el inicio de su consumo se encuentra en las edades más adultas. Más de la mitad de las personas encuestadas comenzaron a consumir esta sustancia siendo mayores de 18 años. El promedio de edad de inicio del consumo de pasta base en esta población es a los 21 años. Esto puede vincularse con el momento de aparición de la pasta base/paco en estos barrios, que data de principios de la década de 2000, y con la distribución por edad de la muestra. Como analizamos, se trata de una población mayormente adulta, donde la mitad de las personas tiene más de 29 años, por lo que para quienes tienen hoy 40 años el inicio del consumo de pasta base/paco no puede haber sido antes de los 20 años aproximadamente.

Tabla 4: Edad de inicio del consumo de pasta base (en absolutos y porcentajes)

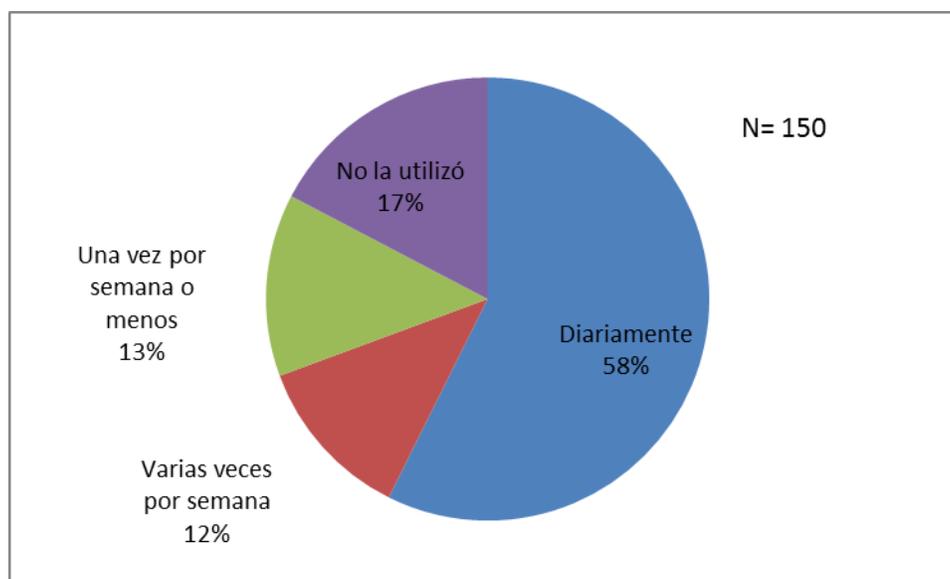
Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
7 a 10 años	0	0%
11 a 14 años	27	18%
15 a 18 años	45	30%
19 años y más	78	52%

Fuente: elaboración propia

5.2.3 Frecuencia de consumo de pasta base/paco

Consultados sobre la frecuencia de uso de pasta base antes de ingresar al Hogar de Cristo, el 58% de las personas encuestadas refirió que la utilizaba diariamente, mientras que el 17% no consumió esa sustancia en el mes anterior.

Gráfico 9: Frecuencia de uso de pasta base en el mes anterior al ingreso (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

De esta forma, el consumo de pasta base/paco se presenta en la gran mayoría de los casos como un uso intensivo, que se realiza varias veces por día y todos los días. Sin embargo, se destaca el elevado porcentaje de población que sin haber consumido pasta base/paco en el

mes anterior al ingreso, concurre de todas maneras a los dispositivos del Hogar de Cristo (17%). Como analizaremos en el próximo capítulo, esto puede deberse a que en muchos casos las personas concurren al Hogar de Cristo para intentar resolver una serie de problemáticas sociales (alimentación, vivienda, salud, trabajo, educación), aunque no presenten en ese momento problemáticas de consumo.

5.3 Trayectorias de tratamiento de los consumos de drogas

En este apartado indagamos los distintos tratamientos para el consumo de drogas realizados por las personas encuestadas antes de concurrir al Hogar de Cristo, los motivos de abandono de los programas anteriores, las motivaciones y formas de acceso al Hogar de Cristo, y sus principales expectativas en relación a este tratamiento.

5.3.1 Experiencias de tratamiento previas

En relación a la cantidad de tratamientos a los que concurrió en su vida, sin contar el actual, encontramos que 7 de cada 10 casos (el 73.3%) realizó alguna vez en la vida un tratamiento por su problemática de consumo. Ese porcentaje se reduce a casi 3 de cada 10 (22.7%) cuando consultamos por los tratamientos realizados en el último año previo al ingreso en el Hogar de Cristo.

Para analizar la trayectoria institucional realizada por las personas encuestadas, y siguiendo la propuesta analítica de la CICAD/OEA, distinguimos entre *centros de tratamiento* y *dispositivos de apoyo contención*. Los primeros están conformados por todas las instituciones terapéuticas que brindan tratamiento para el consumo de drogas, y cuentan con: un programa de tratamiento escrito y con objetivos terapéuticos definidos, una ficha clínica individual, y un equipo técnico y profesional especializado. Los dispositivos de apoyo-contención, por su parte, son aquellas instituciones que abordan la problemática y no cumplen con alguno de los tres criterios referidos. Según esta tipología, los dispositivos del Hogar de Cristo constituyen centros de apoyo contención, mientras que los hospitales públicos, las clínicas privadas y gran parte de las comunidades terapéuticas corresponden a centros de tratamiento.

Tabla 5: Cantidad de centros de tratamiento y dispositivos de apoyo contención a los que concurrió en su vida (en porcentajes y absolutos)

Cantidad	Centros de tratamiento	Dispositivos de apoyo contención
1	27.3% (41)	13.3% (20)
2	15.3% (23)	5.3% (8)
3	8.7% (13)	1.3% (2)
4	4.7% (7)	0
5 o más	4.7% (7)	0.7% (1)

Fuente: elaboración propia

Como se desprende de la Tabla 5, el 60.7% de los casos concurrió al menos una vez en la vida a un centro de tratamiento, mientras que sólo el 20.7% lo hizo a un dispositivo de apoyo contención. El número máximo de tratamientos realizados por una persona alguna vez en la vida es de 9 para los centros de tratamiento y de 7 para los dispositivos de apoyo contención.

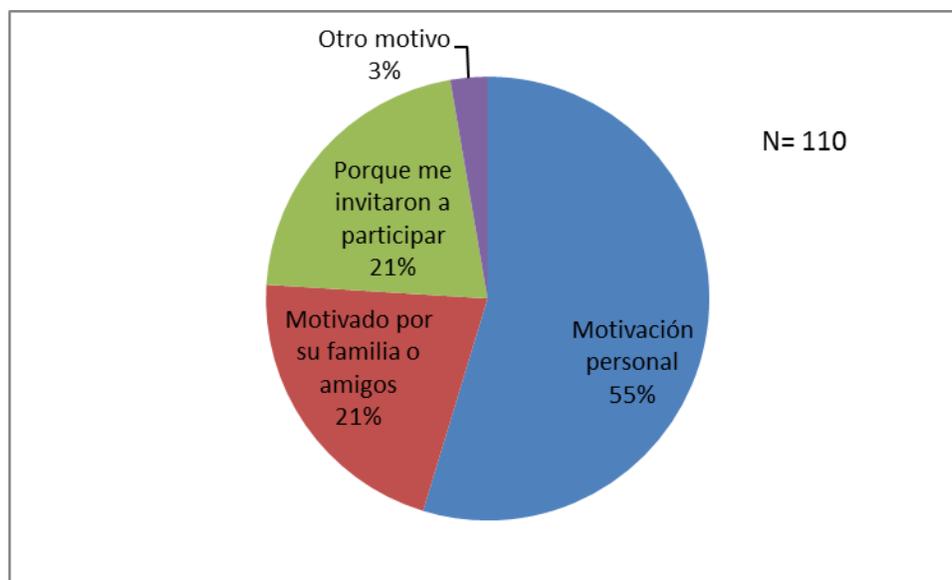
De esta forma, podemos afirmar que un alto porcentaje de las personas encuestadas ha transitado por experiencias de tratamiento previas, la mayoría en centros de tratamientos residenciales, y no han podido dar solución a su problemática de consumo. En efecto, el 85.5% de los que realizaron tratamientos previos refirió haber realizado su último tratamiento en un centro residencial (la gran mayoría en comunidades terapéuticas).

De las personas que realizaron tratamientos previos (110), el 74.5% lo abandonó antes de finalizarlo. Entre los motivos de abandono se destacan: problemas con la institución (18.2%), dificultades con el encierro (8.4%), porque sentían que no los ayudaba (13.6%), y porque consideraron que ya estaban recuperados (5.5%).

Asimismo, se destaca el elevado porcentaje de personas que, habiendo finalizado un tratamiento previo, recurrió al Hogar de Cristo (25.5%), ya sea por haber recaído en el consumo o en búsqueda de atención para sus distintas problemáticas sociales.

5.3.2 Motivaciones, formas de acceso y expectativas con el Hogar de Cristo

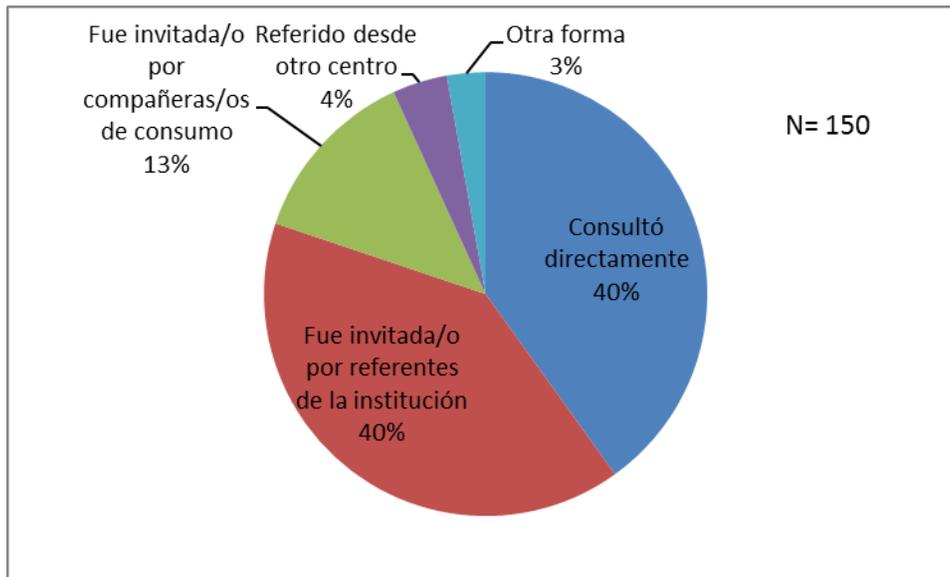
Gráfico 10: Motivación principal para ingresar al Hogar de Cristo (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

En relación a la motivación principal para ingresar al Hogar de Cristo, se destacan la motivación personal (55%), la motivación por parte de familia o amigos, y la invitación a participar (21% en ambos casos). En relación a la invitación a participar, resulta muy importante el rol de los referentes del Hogar de Cristo (principalmente sacerdotes) y de los ex compañeros de consumo. Consultados por la forma en que accedieron al centro, el 40% de las personas encuestadas refirió que fue invitada por referentes de la institución y el 13% que accedió por referencia de sus ex compañeras/os de consumo.

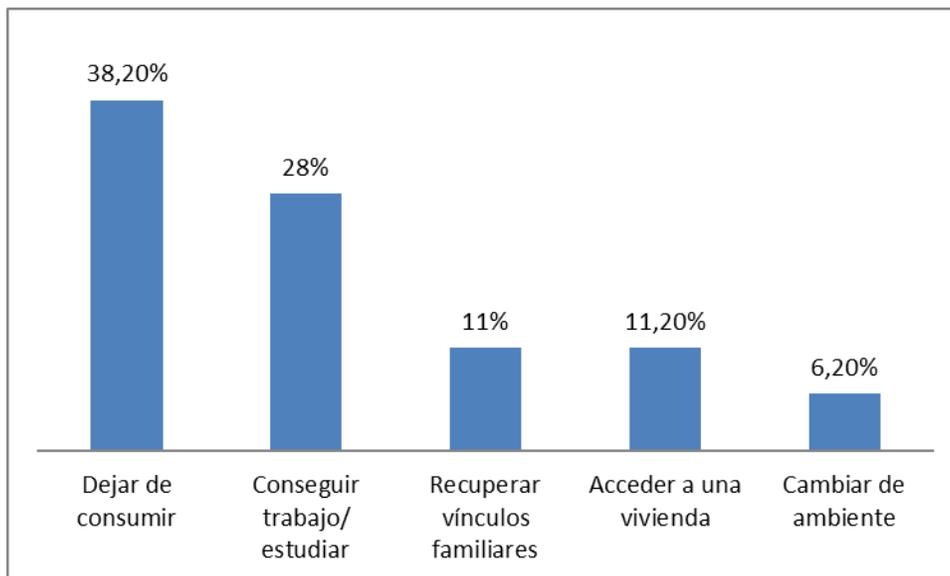
Gráfico 11: Forma de acceso al centro (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

De esta forma, el 93% de las personas encuestadas accedió directamente al centro barrial, ya sea tras haber sido invitada (53%) o por consultar de manera directa en el lugar.

Gráfico 12: Expectativas con el tratamiento (respuesta múltiple, en porcentajes)



Fuente: elaboración propia

Además del objetivo de dejar de consumir drogas, un gran porcentaje de las personas encuestadas manifestó que sus expectativas se encuentran relacionadas con la posibilidad

de recuperar vínculos familiares perdidos (sobre todo con sus hijos), conseguir un trabajo o acceder a una vivienda.

5.4 Recapitulación

Las distintas variables analizadas nos permiten extraer algunas conclusiones de las personas que concurren al Hogar de Cristo. En primer lugar, se trata de una población en situación de extrema vulnerabilidad social. Un gran porcentaje no cuenta con DNI, vive en situación de calle o en instituciones de refugio, depende exclusivamente del sistema público de atención, padece graves problemáticas de salud, tiene bajo nivel educativo y no se encuentra inserto en el mercado laboral. El consumo de pasta base/paco, al igual que el de otras sustancias, se encuentra atravesado por desigualdades de género. Mientras que las mujeres presentan un porcentaje de convivencia con sus hijos mucho mayor que el de los varones, éstos tienden a residir en mayor medida solos o institucionalizados.

En la gran mayoría de las dimensiones analizadas, los indicadores sociodemográficos en esta población son peores que los registrados en estudios realizados en otros centros de tratamiento de Argentina, y que los de la población general que habita en villas.

En segundo lugar, se trata de una población *policonsumidora*, que ha utilizado sustancias con elevados grados de toxicidad a lo largo de su vida, como la pasta base, la cocaína y los solventes o inhalantes. El promedio de edad de inicio del consumo en esta población (13.3 años) es menor al registrado en otros estudios (14.7 años). En lo que refiere a la pasta base (sustancia por la que solicitan tratamiento), el inicio de su consumo se da a edades más adultas (21 años en promedio), con un uso intensivo en la mayoría de los casos. En efecto, el 58% de los entrevistados afirmó que consumió esta sustancia todos los días antes de ingresar al Hogar de Cristo.

En tercer lugar, se trata de una población que ha realizado otros tratamientos. Sin embargo, éstos no han podido dar respuesta a su problemática de consumo y de vulnerabilidad social. Como analizamos precedentemente, de las personas que realizaron algún tratamiento previo (110), el 74.5% lo abandonó antes de finalizarlo. Se observa así una clara dificultad de los centros de tratamiento tradicionales para dar respuesta a las múltiples problemáticas de esta población.

Se destaca así la accesibilidad de los dispositivos del Hogar de Cristo, ya que el 93% de las personas encuestadas refirió que llegó a ellos tras consultar de manera directa o haber sido invitados por algún referente o compañero de consumo. Por otro lado, las expectativas en relación a estos centros no consisten sólo en el abandono del consumo, sino en poder solucionar algunas de las principales problemáticas que los afectan: acceso al trabajo, a la educación, a la salud y a la vivienda, o recuperación de vínculos familiares. Sobre estas dos cuestiones (accesibilidad e integralidad de la propuesta del Hogar de Cristo), trabajaremos en el siguiente y último capítulo.

Capítulo 6: Potencialidades y limitaciones del abordaje del Hogar de Cristo

Nosotros acá aprendimos que hay 3 C. La C de la calle, que esa ya la viví y no me gustaría volver a vivir. La C de la cárcel, que no es nada lindo, y la C del cementerio, que todavía ni pienso llegar. Pero... aunque algún día me toque la tercera C, yo sé que alguno del Hogar siempre va a ir a arreglarme la tumba
(Entrevista a acompañante par del Hogar de Cristo, 28 de julio de 2015).

En este capítulo analizamos las potencialidades y limitaciones del abordaje de los consumos de drogas en los dispositivos del Hogar de Cristo. En relación a las potencialidades, destacamos: 1) la accesibilidad, dada tanto por la localización geográfica de los centros barriales como por el bajo umbral de exigencia para el ingreso y la permanencia en los distintos dispositivos del Hogar de Cristo; 2) la integralidad de la propuesta, no sólo porque abarca diferentes aspectos de la vida de los sujetos (vivienda, salud, educación, trabajo, familia, acceso a la justicia), sino también porque para ello realiza un trabajo de articulación con distintas instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil. En relación a las limitaciones, resaltamos: 3) la dificultad para quienes residen en estos barrios de recuperarse del consumo de drogas permaneciendo allí; y 4) la propuesta del “Plan de vida”, que se presenta como una tarea individual de inclusión social.

6.1 La accesibilidad de los dispositivos

Los dispositivos del Hogar de Cristo resultan más accesibles que otro tipo de instituciones para las personas con consumos de drogas (principalmente de pasta base/paco) que residen en las villas de la Ciudad (ya sea en una vivienda, en una institución o en la calle), por varias razones. En primer lugar, porque desde el dispositivo no se espera que llegue la demanda, sino que se sale en busca de ella. Los referentes del Hogar de Cristo y acompañantes pares concurren varias veces por semana a recorrer los pasillos de las villas y los lugares de consumo, ofreciendo comida e invitando a las personas a acercarse al Hogar. Esto se comprueba con las encuestas realizadas, que dan cuenta de que un 53% de las personas concurre al Hogar de Cristo tras ser invitadas por referentes o por sus ex compañeras/os de consumo.

Como afirma Romina Ramírez:

En los barrios vulnerabilizados los pastores evangélicos y los curas villeros adquieren una visibilidad notoria porque se acercan a conversar con los jóvenes durante el período de consumo, y se convierten en figuras que ofician como referentes en la obtención de recursos materiales y simbólicos necesarios para la recuperación (2016: 127).

En segundo lugar, la localización de los dispositivos en las villas y barrios vulnerabilizados (o en sus proximidades) también favorece su accesibilidad para quienes residen allí. Como analizamos en el Capítulo 5, casi el 70% de las personas encuestadas reside en alguno de los barrios donde se localizan los dispositivos del Hogar de Cristo (Bajo Flores, Barracas, Retiro o Villa Soldati). De la misma forma, un gran porcentaje de las personas encuestadas (40%) conocieron el centro por consultar de manera directa. Esto no ocurre con la gran mayoría de los centros de tratamiento para los consumos de drogas, que suelen localizarse en zonas alejadas de grandes centros urbanos, con poca accesibilidad, a los que las personas usuarias de drogas no pueden concurrir directamente, sino que acceden allí tras ser derivados desde otras instituciones (para el caso de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires, principalmente desde la SEDRONAR y desde la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del GCBA).⁵⁰

En tercer lugar, la accesibilidad está dada también por el bajo umbral de exigencias que tiene el Hogar de Cristo para el ingreso y la permanencia. 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

⁵⁰ Para profundizar en la estrategia de aislamiento de las comunidades terapéuticas, véase Güelman (2016).

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, 16 de noviembre de 2016).

Asimismo, las personas pueden concurrir con sus hijos, aspecto fundamental sobre todo para las mujeres que, como analizamos, tienden a hacerse cargo de ellos en mayor medida que los varones. 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). En las granjas Madre Teresa y La Providencia las mujeres pueden internarse con sus hijas/os, aspecto fundamental que distingue al Hogar de Cristo de la mayoría de las comunidades terapéuticas, que no lo permiten.

El bajo umbral de exigencia en el Hogar de Cristo ha sido destacado también por Ramírez (2016). En su tesis sobre experiencias de ex usuarias/os de pasta base/paco, destaca la accesibilidad de estos dispositivos en virtud de “la inexistencia de barreras burocráticas para el acceso y por la disponibilidad de los recursos” (Ramírez, 2016: 128).

La localización de los dispositivos del Hogar de Cristo también favorece el acompañamiento a través del tiempo. En palabras de uno de los curas villeros: “Para acompañar en el tiempo la clave es la territorialidad. El territorio nos permite acompañar a través del tiempo” (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 13 de julio de 2015). Esa territorialidad implica mucho más que sólo la localización geográfica. Implica conocer el barrio, transitarlo, conocer a las personas que concurren, sus familias y sus historias:

(...) la fuerza nuestra radica en estar... por eso no es un centro universal... nosotros conocemos acá, visitamos las casas de 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, 13 de julio de 2015).

Esa territorialidad no se construye sólo desde el Hogar de Cristo, sino que se apoya en la territorialidad construida por la Iglesia católica en estos barrios. Como analizamos en el

capítulo 3, la Iglesia católica detenta un importante despliegue territorial en las villas, con capillas, parroquias, ermitas, clubes deportivos, comedores, centros culturales, radios, espacios educativos, hogares, etcétera, que sirven de apoyo al Hogar de Cristo.

Por otro lado, este acompañamiento a través del tiempo es posible porque “el Hogar de Cristo recibe siempre”. A diferencia de otro tipo de dispositivos, no hay un límite en la cantidad de veces que se puede ingresar, ni un tiempo estipulado de tratamiento. Según sus referentes, las personas pueden regresar al Hogar de Cristo todas las veces que lo soliciten.

De esta forma, los dispositivos del Hogar de Cristo resultan más accesibles para la población con problemáticas de consumo de drogas que habita en villas que otro tipo de tratamientos (comunidades terapéuticas, hospitales, centros ambulatorios alejados de las villas). Ello puede observarse en la gran cantidad de personas que concurre diariamente a estos dispositivos, y en la poca cantidad que ha accedido a otro tipo de tratamiento en el año anterior a concurrir al Hogar de Cristo. Como analizamos en el capítulo anterior, sólo tres de cada diez personas realizaron algún tratamiento para su consumo de drogas en el año previo a su ingreso en el Hogar de Cristo. Ello significa que en las situaciones de mayor intensidad en el consumo de pasta base/paco es cuando más se dificulta el acceso a un dispositivo de atención. Ramírez (2016) vincula esto con la pérdida de lazos sociales y familiares que puedan colaborar en el armado de redes para abandonar el consumo. Los centros del Hogar de Cristo se presentan, así, como dispositivos que favorecen la accesibilidad de las personas con consumos problemáticos de drogas a espacios de tratamiento y atención.

6.2 La integralidad del abordaje

Como afirman Capriati *et al.* (2014) en su análisis del modelo socio-comunitario, un abordaje integral de los consumos de drogas incluye: construir un vínculo prologando con la comunidad para identificar las principales problemáticas, así como los actores capaces de participar; abordar las distintas necesidades y demandas de los sujetos; y trabajar en articulación con otras instituciones y organizaciones barriales.

De esta forma, podemos afirmar que el Hogar de Cristo realiza un abordaje integral de los consumos de drogas. En primer lugar, porque no se limita a abordar las problemáticas de

adicción, sino que abarca una multiplicidad de aspectos de la vida de las personas que concurren: salud, trabajo, vivienda, documentación, alimentación, etcétera. En segundo lugar, porque para ello trabaja en articulación con otros organismos e instituciones.

Muchas de las personas que concurren al Hogar de Cristo no lo hacen inicialmente para dejar el consumo, sino para satisfacer alguna necesidad básica (comer, asearse, solucionar alguna problemática de salud), y con el tiempo van iniciando un proceso de abandono del consumo:

(...) yo conozco el Hogar hace 3 años, pero nunca pensé... solamente venía porque había un comedor, a comer, a bañarme y después me iba. Pero nunca pensaba en rescatarme ¿No? Pero hasta que un día sufrí mucho la calle, frío, hambre. (...) Y un día estaba como tres días con fiebre alta ¿viste? Y bueno me hizo preocupar mucho mi estado de salud, mis pulmones, mis riñones, que se yo, porque era mucha fiebre que deliraba, hablaba. (...) Después una mañana me vengo acá, eso era un viernes, y me dice mi amigo "¿bueno querés internarte? Yo te interno" (Entrevista a ex usuario de drogas, 34 años, 28 de julio de 2015).

La satisfacción de necesidades básicas se presenta como el principal motivo de acercamiento al Hogar de Cristo. En la permanencia en el dispositivo se van abordando cuestiones vinculadas a la vulnerabilidad. Desde el Hogar de Cristo se acompaña a las personas a que tramiten su DNI en el Registro Nacional de las Personas (RE.NA.PER), 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,⁵¹ 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 mensual, así como mantenerse ocupadas. De esta forma, se abordan un conjunto de dimensiones de la vida de quienes concurren, y no sólo sus problemáticas de adicción.

⁵¹ Si bien el cuestionario de 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 los aleja de las instituciones médicas.

Por otro lado, la integralidad del abordaje se vincula también con el trabajo de articulación que realiza el Hogar de Cristo con organismos estatales y de la sociedad civil. Para abordar las diferentes problemáticas de quienes concurren a sus dispositivos, el Hogar de Cristo articula con hospitales, centros de salud, juzgados, el RE.NA.PER., 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 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

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. Porque además es situacional, digamos, o sea hoy hay una persona en el hospital, o en el centro de Acceso a la Justicia, y tenés que generar el vínculo. (...) Porque si uno genera un buen vínculo, vamos a tener ciertos beneficios ahí. Porque imaginate que nosotros llevamos gente que es expulsada, y gente que no los quieren recibir muchos que, si se los pueden sacar de encima, se los sacan (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 17 de noviembre de 2014).

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

(...) ahora el Hogar es bastante conocido, y ya no te ponen tantas trabas para poder entrar fuera de horario [al Hospital]. A las 2 empieza la visita y hasta las 3, y bueno, vos vas, como ya te conocen te dejan pasar... “bueno, vos entras”, te quedas un rato en una sala, un rato en otra, y les vas llevando la comida... vas charlando con ellos, les hacés pasar un poco el tiempo (Entrevista a acompañante par del Hogar de Cristo, 28 de julio de 2015).

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 y se produce un mayor acercamiento a ellas.

Además de estas articulaciones cotidianas, el Hogar de Cristo cuenta actualmente con convenios con la SEDRONAR, la Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones y la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y con los ministerios de Salud, Trabajo y Desarrollo Social de Nación, por los que perciben financiamiento para sus dispositivos y actividades. Asimismo, el Hogar de Cristo recibe una ayuda económica de la Iglesia católica, a través de Cáritas Argentina.⁵²

Estos múltiples financiamientos dan cuenta del aceitado vínculo que existe entre la Iglesia católica y el Estado argentino. Fortunato Mallimaci y Juan Cruz Esquivel (2014) afirman que el Estado argentino se caracteriza por una *laicidad subsidiaria*: en paralelo a la aprobación de nuevos derechos ciudadanos (principalmente en materia de género y sexualidad), continúa interpelando a la Iglesia católica en la implementación de políticas públicas. Como afirman los autores:

La representación que contorna a la subsidiariedad condena la intervención directa del Estado. Legítima, en cambio, el soporte estatal a las entidades

⁵² Cáritas Argentina es “el organismo oficial de la Iglesia Católica que lleva adelante la pastoral caritativa para lograr el desarrollo integral de todo el hombre y de todos los hombres, con especial preferencia por las personas y por las comunidades más pobres y marginadas” (Página web, Cáritas Argentina). Actualmente está presente en las 66 diócesis que existen en el país. Como afirman Fortunato Mallimaci y Agustín Salvia, Cáritas constituye “la principal organización reconocida y legitimada en los barrios para la acción social compensadora” (2005: 9).

intermedias de la sociedad civil. Soporte que se ve operacionalizado en la transferencia de recursos económicos, en la participación de estas organizaciones en la ejecución de políticas públicas y en instancias institucionales de consulta (Comités Nacionales de Bioética, Consejos Sociales Consultivos, etc.) e incluso en la co-gestión de determinados espacios estatales (2014: 19).

Este concepto proviene del principio de subsidiariedad del Estado, propio de la Doctrina Social de la Iglesia, según el cual el Estado no debe ejercer su actividad más que en forma complementaria y subsidiaria del individuo y de las organizaciones sociales intermedias. Esta laicidad subsidiaria es particularmente visible en las políticas de asistencia de los consumos de drogas, donde el Estado financia distintas iniciativas religiosas, entre las que se destaca -por la enorme transferencia de recursos que recibe-, la experiencia del Hogar de Cristo.

6.3 El “aislamiento” en el territorio

A los centros barriales del Hogar de Cristo concurren tanto quienes residen en las villas, como personas que provienen de otros barrios alejados y terminan allí por su consumo de drogas (denominadas por el OAD/SEDRONAR como “turistas”). Las villas se constituyen en espacios de circulación de quienes se encuentran en situación de calle y de consumo por tres motivos principales.

En primer lugar, porque se trata de territorios segregados, alejados de la centralidad de la ciudad, donde pueden permanecer “invisibles” para las fuerzas de seguridad. Las “ranchadas” suelen armarse en los intersticios urbanos: los *containers* del barrio de Retiro, los bajo autopistas, las zonas cercanas a las vías del ferrocarril, los pasillos de la villa, etcétera.

Por otro lado, según refirieron las personas entrevistadas, en estos territorios las drogas resultan más accesibles. Quienes circulan o residen por estos barrios suelen conocer dónde se venden drogas, quiénes las venden y a qué precio. Para quienes se encuentran en situación de calle y de consumo, el permanecer en estos territorios les permite conseguir sustancias de manera más fácil que en otras partes de la ciudad.

Por último, las villas son lugares donde quienes se encuentran en situación de calle pueden encontrar los medios necesarios para su subsistencia, ya que en estos territorios los recursos asistenciales circulan de manera más intensa que en el resto de la Ciudad (Cravino, 2009). La presencia en estos barrios de comedores comunitarios y de paradores les permite a quienes se encuentran en situación de calle resolver mínimamente la alimentación y el alojamiento cotidiano.

(...) los chicos que tenemos acá, ellos han terminado acá justamente por el Parador, porque este barrio te brinda un montón de cosas que quizás no te brindan otras villas. Acá tenés merendero, lugar para almorzar, lugar para cenar, el parador. Te ofrece un montón de cosas que te resuelve para seguir andando, entonces hay veces que los pibes se terminan quedando por eso (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

De esta forma, en el Hogar de Cristo se distinguen quienes son del barrio y quienes residen allí de manera temporal, en virtud de su situación de consumo. Según los entrevistados, para quienes son del barrio resulta más difícil realizar un tratamiento allí.

A los chicos del barrio les cuesta un poco más, porque tienen sus vínculos ahí, sus amigos ahí, que quizás a veces esos mismos amigos están en consumo, entonces hay veces que cuesta un montón eso (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

Ante esta dificultad, desde el Hogar de Cristo se implementan distintas estrategias. La primera de ellas consiste en realizar un intenso acompañamiento de los recorridos de las personas por fuera de la institución. Cuando tienen que realizar un trámite judicial, ir al médico, internarse en una comunidad terapéutica, visitar a un familiar, etcétera, las personas que concurren al Hogar de Cristo son acompañadas por otras, principalmente por quienes participan de la Cooperativa de Acompañantes de Usuarios de Paco.⁵³ De igual forma, los

⁵³ Este acompañamiento permanente es similar al modelo de “ángel de la guarda” o de “hermano mayor” que utilizan las comunidades terapéuticas, principalmente las religiosas (Güelman, 2016). Sin embargo, en el caso del Hogar de Cristo, la persona que acompaña no es siempre la misma, sino que va cambiando según la problemática. De esta forma, hay quienes se dedican al acompañamiento en cárceles, quienes lo hacen en hospitales, quienes se especializan en acompañar a las personas que se internan en comunidades terapéuticas y quienes van a buscar a las que están en situación de calle.

recorridos por el barrio también se realizan acompañados o en grupo. Para ir desde el Hogar Santa María, localizado en la villa 1-11-14, hasta el centro barrial San Francisco y Santa Clara, en el barrio Rivadavia I, las personas realizan un recorrido pautado por los referentes, que busca evitar pasar por los lugares de consumo o de venta de drogas. Se realiza así un recorrido más largo del habitual, con el único objetivo de evitar esos lugares.

(...) si tienen una salida, van acompañados de alguien, al centro barrial van todos juntos, en eso también tratamos de movernos así, para cuidarlos, porque... digamos, no somos tontos (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

Para evitar que las personas en tratamiento recaigan en el consumo, otra estrategia consiste en invitarlas a que concurran a centros barriales localizados en villas distintas a las suyas. En palabras de un entrevistado:

(...) recorrí todos los centros barriales, no me querían mandar acá porque sabían que era mi barrio y me generaba malestar (...) porque el consumo estaba acá, yo miraba ahí y me sentía reflejado al ver a los pibes, los conozco a todos los muchachos y me costaba ir [al centro barrial]. Y me mandaron a otro lado (Entrevista a ex usuario de drogas, 34 años, 28 de julio de 2015).

Asimismo, a quienes lo solicitan se les ofrecen otras opciones: una internación en alguna de las tres granjas del Hogar de Cristo en el Gran Buenos Aires, o la posibilidad de concurrir a una comunidad terapéutica que tenga convenio con la SEDRONAR. En estos casos, la dificultad se presenta cuando regresan al mismo barrio luego de dichas internaciones. Es por ello que en la mayoría de los casos las casitas amigables, destinadas a quienes ya han realizado un proceso de recuperación, se localizan en zonas alejadas del Gran Buenos Aires.

Nosotros elegimos poner la mayoría de las casitas amigables en Provincia [de Buenos Aires] (...) porque la realidad es que nuestro barrio no nos ayudaba a tener chicos en reinserción, porque había mucho consumo (...) Nosotros

preferimos hacerlo en Laferrere, en Varela, en Bernal... en Pilar, en esos lugares (Entrevista a sacerdote del Hogar de Cristo, 30 de septiembre de 2015).

De esta forma, la cercanía de los dispositivos del Hogar de Cristo a los lugares de venta y consumo de drogas facilita su accesibilidad al tratamiento para quienes se encuentran en situación de consumo, pero posteriormente dificulta el sostenimiento del mismo a largo plazo. En virtud de ello, el Hogar de Cristo implementa un conjunto de estrategias que terminan alejando a quienes concurren de sus entornos sociales y familiares previos, generando una suerte de “aislamiento en el territorio”. Si bien se permanece en el barrio, las interacciones con personas que no forman parte del Hogar de Cristo resultan escasas. Se produce una constante circulación de las personas entre los distintos dispositivos del Hogar de Cristo (centros barriales, Hogar Santa María, granjas, casitas amigables), pero una escasa interacción con personas e instituciones que no forman parte de él.

6.4 El “Plan de vida”. La inclusión social como responsabilidad individual.

En el Hogar de Cristo, el abandono del consumo de drogas no se plantea como el objetivo principal del programa, sino que lo que se busca es que las personas que concurren puedan armar un “Plan de vida” o “plancito”.

Así se puede proponer a cada uno un plancito que respete su situación y que muchas veces no implica una propuesta para dejar de consumir como punto de partida. Eso vendrá luego si Dios quiere (Primc, 2013: 138).

El Plan de vida consiste en un proyecto que se arma con cada persona, para que pueda ir resolviendo en el corto o mediano plazo sus distintas problemáticas de salud, de consumo, de documentación, laborales, educativas, habitacionales, familiares, etcétera. A través del Plan de vida se les propone a quienes concurren al Hogar de Cristo “ordenar su vida”: dejar la situación de calle, iniciar un tratamiento para el consumo de drogas, tramitar su documentación, resolver alguna cuestión judicial o de salud, etcétera. El “plancito” se plantea como una tarea individual de gestión de la propia inclusión social, con el acompañamiento del Hogar de Cristo.

El plan “ideal”, que en la práctica se va modificando continuamente, consiste en: asistir durante tres meses al centro barrial, mientras se duerme en un parador, en La Boyita o en el Hogar Santa María; posteriormente concurrir a alguna de las granjas por un período de tres meses; y al salir residir en alguna casita amigable, mientras se trabaja en la Cooperativa AUPA o en los micro-emprendimientos (percibiendo \$1600 por mes), y se concurre diariamente al centro barrial.

De esta forma, los curas villeros reconocen en la problemática del uso de pasta base/paco una dimensión social (la exclusión), pero las estrategias que proponen siguen haciendo foco en el individuo como principal responsable de su recuperación y, por tanto, de su inclusión social.

Se da así una paradoja. Por un lado, las personas con consumos problemáticos de drogas son definidas por los curas villeros como “víctimas”, lo que reduce sus márgenes de autonomía. Se trata de personas que no pueden elegir lo que es mejor para ellas, y por eso se las busca a donde estén, se las acompaña permanentemente, y se las recibe siempre. Por otro lado, esas mismas personas son las responsables de gestionar su propia inclusión social. Deben conseguir un trabajo y una vivienda, atender su salud, tramitar su documentación o algún subsidio económico, recuperar sus vínculos familiares, etcétera. Si bien lo hacen desde soportes institucionales, acompañadas por referentes o acompañantes pares del Hogar de Cristo, la responsabilidad en el fracaso recae en ellas, y en “sus dificultades para abandonar el consumo”.

Y el Plan de Vida es lo que los chicos van proyectando o haciendo desde el estudio, la vivienda, el trabajo, la salud, la familia, lo judicial, la enfermedad. Como pequeños tiempos que tienen los chicos, y en esos pequeños tiempos nosotros vamos acompañándolos, en ese proceso de ir insertándose en la sociedad (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

En los grupos terapéuticos que funcionan todos los días en los centros barriales del Hogar de Cristo, muchas veces se hace referencia a características que serían propias de las personas consumidoras. Tanto coordinadores del grupo como personas bajo tratamiento

afirman que los “adictos” son “ansiosos”, “mentirosos”, “manipuladores”, “ventajeros”, “soberbios”, etcétera. Muchas veces se utilizan esos adjetivos para explicar por qué alguno no pudo conseguir un trabajo o un lugar donde vivir.⁵⁴

De esta forma, la vulnerabilidad social de esta población se presenta como un “problema de adicciones”, lo que permite culpabilizar a los individuos de sus permanentes fracasos en la inclusión social. Asimismo, esa misma condición de “adictos” es lo que les permite acceder a la asistencia social de la Iglesia católica. Al presentarse como consumidores de drogas, pueden acceder a los “beneficios” del Hogar de Cristo: alimentarse, asearse, tener un lugar donde dormir, recibir un ingreso económico, etcétera. Quienes padecen las mismas problemáticas, pero no presentan consumos de drogas, no reciben la misma atención.

Se acercan un montón de personas que no tienen consumos de drogas, pero vienen a solicitar ayuda. Más ahora. Hay veces que vienen y eso tratamos de cuidar un montón nosotros, porque sino esto se pierde, y los que terminan nuevamente a los costados de la calle son estos pibes. Desde bolsas de mercadería, pañales, leche, todo, y bueno, pero eso tratamos de derivarlo a otro espacio donde se acompañen a estas situaciones. Tratamos de no resolverlo desde acá sino darle una solución para que vaya a otro espacio (Entrevista a referente del Hogar de Cristo, 13 de septiembre de 2016).

El hecho de presentarse como personas con consumos problemáticos de drogas es lo que les permite a quienes concurren al Hogar de Cristo acceder a la asistencia social de la Iglesia católica en las villas de la Ciudad. Posteriormente, esa condición es la que se usa para explicar sus fracasos en sus intentos de acceder a una vivienda, un trabajo o un programa educativo. Si fracasan, no sería por las dificultades objetivas del mercado laboral o de vivienda en la Ciudad de Buenos Aires, sino por su propia imposibilidad de abandonar el consumo de drogas e insertarse en la sociedad, en virtud de su condición de “adictos”.

⁵⁴ En uno de los grupos terapéuticos en los que participé, se dio la siguiente situación. Uno de los presentes relató que no pudo obtener el subsidio habitacional para alquilar, y que en virtud de eso rompió todos los papeles que había conseguido para solicitarlo. Tanto el coordinador del grupo como las demás personas presentes definieron esa reacción como “un ataque de ansiedad propio de un adicto”. Ninguno problematizó las dificultades reales que existen para acceder al “Programa de Atención para Familias en Situación de Calle”, o para alquilar una vivienda en la Ciudad.

En su libro *Un lugar para otra vida. Los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España* (2010), Domingo Comas-Arnau analiza las transformaciones en el perfil de los internos de tres comunidades terapéuticas evangélicas en España: RETO, REMAR y BETEL. Para el autor, la concurrencia de una gran cantidad de personas a estos dispositivos se encuentra vinculada mucho más a sus dificultades residenciales que a su problemática de consumo de drogas:

Aunque en general se trata de personas que presentan múltiples carencias, ocurre que en la actualidad los internos se identifican más bien por el denominador común de dificultades residenciales, a las que acompañan las carencias familiares y algunas situaciones límite de supervivencia cotidiana. El consumo de drogas y alcohol está muy presente pero no se puede considerar, o mejor dicho no se debe considerar en un porcentaje importante de casos, como el componente decisorio. En cambio, las dificultades residenciales, parecen más decisivas a la hora de orientar las demandas hacia los centros de REMAR, RETO o BETEL (Comas-Arnau, 2010: 93).

Lo mismo puede ser afirmado para el caso de los dispositivos del Hogar de Cristo. La concurrencia de cientos de personas por día a los centros barriales se encuentra más vinculada a sus problemáticas sociales (necesidad de acceder a alimentación, ropa, higiene, vivienda, etcétera) que a sus problemáticas de consumo (aunque éstos existan).

El abordaje de la vulnerabilidad social desde el paradigma de los consumos de drogas resulta así una trampa. No se trata solamente de un problema de consumos problemáticos de drogas (aunque éstos existan y tiendan a agravar dicha vulnerabilidad). Se trata principalmente de una grave problemática de exclusión social, laboral y habitacional de una gran parte de la población de la Ciudad, que encuentra respuestas a su problemática sólo en tanto se presenta como consumidora de drogas. Como afirma Phillippe Bourgois: “El consumo de drogas en las zonas urbanas es solamente un síntoma -y a la vez un símbolo vivo- de una dinámica profunda de alienación y marginación social” (2015: 32).

En este punto, resulta necesario adentrarnos en los debates sobre marginalidad, *underclass* y exclusión social. Como afirma Didier Fassin (1996), se trata de conceptos utilizados en

distintas latitudes para hacer referencia a los crecientes procesos de pobreza urbana en las sociedades actuales.

El concepto de “marginalidad” surge en América latina en la década de 1960. Como afirma Ana Grondona (2012), en este período el concepto adquiere centralidad en los diagnósticos sobre la cuestión social, tanto en las ciencias sociales como en el pensamiento social cristiano. Pedro Enríquez (2007) distingue dos corrientes teóricas que analizan la marginalidad desde diferentes perspectivas. Las visiones “no críticas” de la marginalidad, que la definen como un problema coyuntural y transitorio, propio del pasaje de una sociedad tradicional a una moderna (dentro de la que se encontraría el sociólogo Gino Germani, por ejemplo); y las visiones “críticas”, que la entienden como un fenómeno estructural propio de la sociedad capitalista. Dentro de esta última, se destacan las teorías de “masa marginal” de José Nun (2003), y la del “polo marginal” propuesta por Aníbal Quijano (1970).⁵⁵ Para estos autores, la marginalidad es una consecuencia directa del sistema de producción capitalista en los países dependientes.

El término *underclass*, por su parte, surge en Estados Unidos para explicar la persistencia de la pobreza urbana en tiempos de crecimiento económico. Desde este paradigma, la pobreza es explicada por factores raciales y culturales, como consecuencia de comportamientos y estilos de vida *desviados* de algunos conjuntos sociales (Sales i Campos, 2014).

El término “exclusión social”, por último, fue inicialmente acuñado en Francia en la década de 1960 para hacer referencia a aquellos colectivos sociales que, en un momento de expansión económica, quedaban fuera del progreso económico y social (huérfanos, ancianos solos, toxicómanos, discapacitados) (Castel, 1991; Paugam, 1996; Kessler, 2011). Con el advenimiento de la crisis de la sociedad salarial en los países centrales hacia la década de 1980 (Castel, 1997), el término comenzó a ser utilizado para describir la situación de precariedad y vulnerabilidad de un creciente número de población. Se buscó

⁵⁵ Para José Nun, en la fase del capitalismo monopolístico se generan superpoblaciones relativas (“masas marginales”), que no tienen efectos sobre el sistema productivo, es decir, que no cumplen la función de constituir un ejército industrial de reserva. Para Aníbal Quijano, por su parte, el “polo marginal” no se encuentra por fuera de la sociedad, sino que realiza actividades económicas insignificantes para las necesidades productivas de los sectores dominantes de la sociedad (Enríquez, 2007).

así superar la reducción economicista del concepto de *pobreza*, incluyendo nuevas variables en el análisis de la cuestión social. De esta forma, la exclusión social es definida como:

(...) una situación concreta, resultado de un proceso creciente de desconexión, de pérdida de vínculos personales y sociales, que hacen que le sea muy difícil a una persona o a un colectivo el acceso a las oportunidades y recursos de que dispone la propia sociedad (Subirats, 2004: 137).

En la literatura académica europea se han utilizado diferentes términos para aludir a esa creciente población excluida en la sociedad postindustrial. *Parias urbanos* (Wacquant, 2001), *residuos humanos* (Bauman, 2005), *supernumerarios* (Castel, 1997), son términos que -en diferentes contextos- refieren a aquellas personas que no se encuentran “inscriptas en estructuras dadoras de sentido” (Castel, 1997).

Según Albert Sales i Campos (2014), en la actualidad el concepto de exclusión social adopta dos acepciones. Una vinculada al de *underclass*, que concibe la exclusión social como una consecuencia de conductas y valores individuales desviados, que llevan a una parte de la población a mantener estilos de vida marginales; y otra que pone énfasis en las condiciones estructurales que empujan a ciertos sectores sociales hacia los márgenes de la sociedad mayoritaria.⁵⁶

De esta forma, si bien los curas villeros definen el consumo de pasta base/paco en las villas como una consecuencia de la exclusión social (en principio de carácter estructural), la propuesta que realizan, centrada en el individuo, se encuentra vinculada al concepto de *underclass* y su explicación individual de la pobreza y la exclusión. Como afirma Sales i Campos:

La falsa dicotomía entre los “buenos pobres” y los “malos pobres” carga a los últimos con todos los prejuicios del *underclass* y crea una categoría de personas excluidas a las que se atribuye un amplio repertorio de características individuales: poca fuerza de voluntad, vagancia, vicios, incapacidad para

⁵⁶ Este análisis estructural se encuentra vinculado a la definición de marginalidad de José Nun.

gestionar el dinero, hábitos sexuales no aceptados, impulsividad, predisposición a la delincuencia, alcoholismo, drogodependencias... La sutil pero progresiva transformación de los problemas sociales en asuntos individuales justifica la transferencia de responsabilidades del ámbito de los servicios sociales al de la política criminal (2014: 13).

En nuestro caso, podríamos afirmar que la transformación de la exclusión (social) en un problema de adicción (individual), permite transferir la responsabilidad estatal al ámbito de la asistencia social de la Iglesia católica.

De esta forma, la inclusión social resulta una quimera. Quienes concurren al Hogar de Cristo ven frustradas una y otra vez sus posibilidades de inclusión. El acceso a una vivienda o un trabajo se convierten en objetivos inalcanzables. Internarse en una granja o comunidad terapéutica o acceder a un subsidio habitacional se presentan como las únicas opciones reales para abandonar la situación de calle. La participación en la Cooperativa AUPA se presenta casi como la única posibilidad de contar con un trabajo.

De esta forma, el “plan de vida” no llega a concretarse en la mayoría de los casos, porque no se trata de una imposibilidad individual del “adicto” de resolver sus problemáticas cotidianas, sino de una estructura económica y social que prescinde de una parte de su población, a la que le asigna -como dice uno de los entrevistados- la calle, la cárcel o el cementerio.

6.5 Recapitulación

En este capítulo analizamos las potencialidades y limitaciones del abordaje realizado por el Hogar de Cristo para la asistencia de los consumos problemáticos de drogas en contextos de exclusión social. Entre las potencialidades destacamos su accesibilidad y la integralidad de su propuesta. Su accesibilidad está dada por: a) su localización geográfica, próxima a lugares de venta y consumo de drogas; b) el trabajo realizado por los curas villeros y acompañantes pares, que recorren las villas para invitar a las personas en situación de consumo al Hogar de Cristo; c) el bajo umbral de exigencia para el ingreso y la permanencia en los dispositivos; d) la disponibilidad de espacios para las/os hijas/os de las personas en situación de consumo, que resulta especialmente importante para las mujeres;

y e) la territorialidad construida por los curas en las villas de la Ciudad, que les permite acompañar a las personas a través del tiempo.

En relación a la integralidad, ésta es definida en dos sentidos. Como integralidad del abordaje, ya que abarca una multiplicidad de dimensiones de la vida de las personas que concurren, y no sólo sus problemáticas de consumo de drogas; y como integralidad en la forma de llevarlo a cabo, ya que para ello trabaja en articulación con una gran cantidad de instituciones estatales y de la sociedad civil. La pertenencia al Hogar de Cristo se convierte para las personas que asisten a él en una suerte de “carnet” que les permite acceder de manera prioritaria a ciertos “beneficios” (atención en el hospital, subsidio habitacional, acceso a la justicia, etcétera). La enorme transferencia de recursos estatales al Hogar de Cristo puede ser analizada en el marco de la *laicidad subsidiaria* del Estado argentino, que continúa derivando a la Iglesia católica la implementación de algunas políticas públicas, entre las que se destacan las de asistencia de los consumos de drogas.

Entre las limitaciones del abordaje del Hogar de Cristo resaltamos dos: las estrategias de “aislamiento” en el territorio, que dificultan la interacción con personas que no forman parte del Hogar de Cristo, y la propuesta del “plan de vida”, a través de la cual la inclusión social se presenta como una responsabilidad individual. En relación a la primera, analizamos las estrategias desarrolladas desde el Hogar de Cristo para alejar a las personas que concurren de sus entornos familiares y sociales previos: se las deriva a un centro barrial localizado en otra villa, a las granjas o a alguna comunidad terapéutica, y se las acompaña permanentemente en sus recorridos por fuera de los dispositivos. Asimismo, las casitas amigables, destinadas a quienes ya han realizado un proceso de recuperación del consumo de drogas, se localizan en zonas alejadas de estos barrios. De esta forma, se produce una especie de “aislamiento en el territorio”, que dificulta la interacción de estas personas con otros sectores sociales.

Por último, otra de las limitaciones que encontramos se encuentra vinculada con la propuesta del “plan de vida”, que presenta a la inclusión social como una tarea individual. Al ser analizada y abordada como una problemática de adicción, la exclusión social de estas poblaciones termina presentándose como una debilidad personal. Las dificultades

para lograr su inclusión social son leídas como falencias personales, lo que impide cuestionar las estructuras sociales, políticas y económicas que generan esa exclusión.

Reflexiones finales

A lo largo de la tesis analizamos las respuestas de un grupo de sacerdotes católicos a los consumos de drogas (principalmente de pasta base/paco) en las villas de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde su aparición en barrios muy pobres del AMBA a principios del nuevo milenio, la pasta base/paco ha transformado las dinámicas de estos territorios, generando “nuevas formas de intercambio, trabajos, estructuras de redes sociales, apropiación y ‘des-apropiación’ de los territorios, nuevas tácticas y estrategias de control y represión; una nueva economía” (Epele, 2010: 47).

“La droga” se ha convertido en una excusa para la realización de acciones represivas o intervenciones urbanas en las villas. Asimismo, ha contribuido a profundizar los procesos de *estigmatización territorial* que sufren estos barrios desde sus orígenes, lo que afecta también a sus habitantes.

Como analizamos precedentemente, la prevalencia del consumo de pasta base/paco en las villas es mayor que en la población general, lo que da cuenta de la dimensión espacial del consumo de esta sustancia. Estos territorios se han convertido en los últimos años en espacios adonde concurren quienes se encuentran en situación de consumo, por distintos motivos. Porque en ellos pueden permanecer “invisibles” a las fuerzas de seguridad, porque las sustancias resultan más accesibles, y porque en ellos existen algunos espacios de asistencia (como los de la Iglesia católica), que les permiten subsistir. Asimismo, como analizamos en el capítulo 2, debido a las peores condiciones de vida, a la menor presencia de recursos estatales y de espacios recreativos, y a la mayor disponibilidad de sustancias, el consumo de drogas en estos barrios tiene mayores posibilidades de convertirse en problemático.

Los curas villeros se encuentran entre los primeros actores en denunciar públicamente la problemática del consumo de pasta base/paco en las villas, así como de desarrollar estrategias para abordarlo. Este equipo de sacerdotes, conformado como tal en 1998 por el entonces cardenal Bergoglio, venía trabajando en tareas pastorales y de asistencia social en doce villas de la Ciudad de Buenos Aires, principalmente en las más pobladas. Desde la

emergencia de la pasta base/paco en estos barrios, sus tareas de asistencia social se abocaron con fuerza al abordaje de los consumos problemáticos de drogas, conformando en el año 2008 el Hogar de Cristo. Este programa constituye la primera iniciativa de un sector tan importante de la Iglesia católica, como son los curas villeros, en esta temática. Con anterioridad al Hogar de Cristo, existieron algunas iniciativas de espacios católicos en el abordaje de los consumos de drogas, principalmente con comunidades terapéuticas, pero ninguna respondió a un sector orgánico de la Iglesia católica como lo es este equipo de sacerdotes.

Para poder dedicarse al abordaje de los consumos de drogas, los curas villeros presentaron su trabajo como una continuación de la labor iniciada por los sacerdotes del MSTM en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, reconociéndose herederos de su legado. Sin embargo, como analizamos, existe una gran diferencia entre ambos equipos de curas, principalmente en relación a su posicionamiento político. Mientras el grupo del MSTM realizaba denuncias públicas en relación a distintas temáticas (vivienda, desigualdad, situación económica, violencia, etcétera), el actual grupo de curas villeros se pronuncia principalmente ante los intentos por despenalizar el consumo de drogas, dejando de lado otras luchas y agendas del MSTM. Mientras los curas del MSTM luchaban contra la desigualdad social, el actual equipo de sacerdotes afirma que su lucha es contra la droga y el narcotráfico. Este posicionamiento les permite a los curas villeros recibir financiamiento de gobiernos de distintos colores partidarios para sostener sus iniciativas de asistencia en el marco del Hogar de Cristo.

En efecto, el Hogar de Cristo recibe financiamiento del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y del gobierno nacional, y lo ha recibido tanto durante los gobiernos kirchneristas (principalmente desde la asunción del sacerdote Juan Carlos Molina al frente de la SEDRONAR) como desde que asumió Mauricio Macri al frente del poder ejecutivo nacional. Durante los gobiernos kirchneristas, el financiamiento de esta experiencia fue acompañado del desarrollo de políticas públicas para el abordaje de los consumos de drogas, como la creación de las Casas Educativas Terapéuticas, los CEPLA y los Puntos de

Encuentro Comunitario,⁵⁷ que dieron cuenta de una voluntad de desarrollar políticas públicas en este sentido. En la actualidad, en cambio, las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario (CAACs), dependientes de organizaciones sociales y religiosas, constituyen la principal política de asistencia de los consumos de drogas en territorios vulnerabilizados, a la par que han recibido un importante impulso por parte de la SEDRONAR. En este sentido, el 20 de enero de 2017, la SEDRONAR creó el “Consejo para el abordaje integral de las políticas públicas de adicciones en contextos de alta vulnerabilidad” (Resolución 15/17), conformado por organizaciones de la sociedad civil (entre las que se encuentra la Iglesia católica), que tiene a su cargo la tarea de formular sugerencias para la elaboración, implementación y evaluación de las políticas públicas de abordaje integral de adicciones en contextos de alta vulnerabilidad, incluyendo aquellas relacionadas con el Programa de Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario.⁵⁸ En esa misma fecha, la SEDRONAR elaboró una nueva resolución (17/17), en la que crea la Escuela de Formación de las CAACs, y establece un nuevo financiamiento para estos dispositivos.

De esta forma, se fortalece el principio de subsidiariedad del Estado, propio de la Doctrina Social de la Iglesia, que transfiere sus responsabilidades de atención de las poblaciones vulnerables a actores de la sociedad civil, principalmente a la asistencia de la Iglesia católica.

En efecto, los referentes del Hogar de Cristo plantean que la experiencia que desarrollan no puede ser replicada por organismos estatales o de la sociedad civil no religiosos, en tanto la religiosidad constituiría ese “plus” que les permite acompañar la vida “sin tiempo y sin condiciones”. Este acompañamiento de la vida es pensado en tres sentidos. Como un acompañamiento integral, que trabaja sobre todas las dimensiones de la persona; de largo

⁵⁷ Desde la asunción de Roberto Moro al frente de la SEDRONAR en diciembre de 2015, las CET y los CEPLA han pasado a llamarse “Dispositivos de Abordaje Integral Territorial” (DIAT), y los Puntos de Encuentro Comunitario se han denominado “Tratamiento Comunitario”.

⁵⁸ El Consejo está conformado por siete organizaciones de la sociedad civil: el Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE), el Movimiento Popular La Dignidad y el Movimiento Evita (los tres pertenecientes a la Confederación de Trabajadores de la Economía Popular-CTEP); la Corriente Clasista Combativa (CCC) y tres dependencias de la Iglesia católica: Cáritas Argentina, la Pastoral Social de Adicciones y el Programa Hogar de Cristo (Anexo I, Resolución 15/17).

plazo, porque no existe un alta; y del entorno familiar y social de las personas que concurren. De esta forma, los curas villeros contraponen su propuesta con la de las instituciones estatales y las comunidades terapéuticas, que abordan únicamente la problemática de consumo de drogas, tienen un alta prefijada y el abordaje que proponen es individual.

El modelo con el que identifican el Hogar de Cristo es el de la familia. La Iglesia católica se presenta así como “la familia de los que no tienen familia”, como un *soporte* para quienes han perdido sus vínculos sociales por su consumo de drogas. Pese a la importancia otorgada a la dimensión religiosa del abordaje, en el Hogar de Cristo trabajan distintos profesionales (psicólogas/os, psiquiatras, médicas/os infectólogas/os, trabajadoras/es sociales, profesoras/es de educación física, etcétera), aunque su formación resulta menos importante que su compromiso con la tarea. Se prioriza así que quienes trabajan en el Hogar de Cristo estén dispuestos a acompañar “desde el amor fraternal” a las personas que concurren.

Por otro lado, los curas villeros se presentan como un actor con capacidad de ejercer un control sobre los territorios de las villas, muchas veces más que los propios actores estatales. Quienes no conocen estos barrios, recurren a los curas villeros para realizar alguna actividad allí. Asimismo, los propios actores estatales suelen trabajar en las instalaciones de la Iglesia católica cuando concurren a una villa (CAJ, Defensorías, SEDRONAR, etcétera). Para lograr ese control del territorio, los curas villeros han desplegado un conjunto de estrategias, entre las que se destacan: a) la marcación del territorio, a partir de la construcción de espacios físicos con simbología católica (capillas, parroquias, ermitas, clubes, etcétera); b) la apropiación del territorio, a partir de la permanente circulación de sacerdotes y miembros del Hogar de Cristo por estas zonas; y c) un permanente posicionamiento público como un actor propio de las villas, en contraste con actores estatales y de la sociedad civil no católicos, que serían algo “externo” a la villa.

De esta forma, la dimensión religiosa del abordaje (entendida como capacidad para acompañar la vida sin tiempo y sin condiciones) y la territorialidad desarrollada por la Iglesia católica en las villas de la Ciudad de Buenos Aires, son presentadas por los

referentes del Hogar de Cristo como la condición de posibilidad de una respuesta adecuada para la problemática del consumo de drogas en estos barrios.

A lo largo de la tesis, destacamos dos potencialidades y dos limitaciones del abordaje realizado por el Hogar de Cristo. Entre las primeras, resaltamos la accesibilidad de sus dispositivos y la integralidad de su propuesta. En efecto, los dispositivos del Hogar de Cristo resultan más accesibles que otro tipo de instituciones (comunidades terapéuticas, tratamientos ambulatorios, hospitales) para las personas con consumos problemáticos de drogas (principalmente de pasta base/paco) que residen en villas de la Ciudad de Buenos Aires, por varias razones. En primer lugar, por su localización geográfica, próxima a lugares de venta y consumo de drogas. En segundo lugar, por el bajo umbral de exigencias que plantea, tanto para el ingreso como para la permanencia en el dispositivo. En tercer lugar, por el trabajo que realizan tanto referentes como acompañantes pares del Hogar de Cristo, que recorren el territorio en búsqueda de personas en situación de consumo. Por último, porque permite a las personas concurrir a los dispositivos con sus hijas/os (cuestión fundamental para esta población, principalmente para las mujeres), y les posibilita la satisfacción de algunas necesidades básicas (alimentación, ropa e higiene).

Otra de las potencialidades de este abordaje está dada por su integralidad. A diferencia de la gran mayoría de las instituciones dedicadas al abordaje de los consumos de drogas, los dispositivos del Hogar de Cristo no trabajan únicamente sobre esta dimensión, sino que intentan abordar las diferentes problemáticas que afectan a las personas que concurren. Problemas habitacionales, de salud, familiares, laborales, judiciales, de documentación, de ingresos, etcétera, son abordados por los profesionales y referentes del Hogar de Cristo, así como por los acompañantes pares. De esta forma, al reconocer en el consumo de drogas de esta población una dimensión social, el objetivo que se plantea desde el Hogar de Cristo no es el abandono del consumo, sino la inclusión social. Para lograrla (y ésta es la segunda acepción del concepto de integralidad), trabajan en articulación con una gran cantidad de instituciones estatales y de la sociedad civil (defensorías, fiscalías, hospitales, juzgados, escuelas, fundaciones, etcétera). Estas articulaciones constituyen en un primer momento vínculos informales, que se van armando a raíz de problemáticas y casos concretos, y desde allí se van formalizando. En virtud de estas articulaciones, la pertenencia al Hogar de Cristo

se convierte en una suerte de “carnet” para quienes concurren a él, que habilita el acceso a algunos derechos (subsidio habitacional, atención médica, lugar en el Parador, atención en una defensoría, etcétera). De esta forma, el Hogar de Cristo se convierte muchas veces en la única posibilidad de esta población de acceder a sus derechos básicos: alimentarse, cuidar su salud, tener un lugar donde dormir e higienizarse.

Por otro lado, destacamos dos limitaciones del abordaje. La primera está vinculada también con su localización. A la par que la cercanía a lugares de venta y consumo de drogas favorece la accesibilidad a los dispositivos, esta localización dificulta muchas veces también el sostenimiento del tratamiento a largo plazo. Esta dificultad ha sido manifestada tanto por personas que concurren al Hogar de Cristo como por sus referentes. Para hacer frente a ello, desde el Hogar de Cristo se han implementado una serie de estrategias, que contribuyen de alguna manera a “aislar” a las personas de sus entornos sociales y familiares. Entre estas estrategias se destacan el acompañamiento permanente, el traslado a centros barriales localizados en otros barrios, y la internación en comunidades terapéuticas o en las granjas del Hogar de Cristo. Asimismo, al finalizar un proceso de recuperación, las personas tienen la posibilidad de concurrir a las casitas amigables, que se localizan en zonas alejadas del Gran Buenos Aires, mientras asistan diariamente a los centros barriales. De esta forma, se genera una suerte de aislamiento de esta población en los dispositivos del Hogar de Cristo. En la mayoría de los casos las personas duermen en el Hogar Santa María o en una casita amigable, y durante el día están en el centro barrial. Si realizan alguna salida, lo hacen siempre acompañados, lo que reduce las posibilidades de interacción con personas que no se encuentren en el Hogar de Cristo. Si bien desde los referentes del Hogar de Cristo se cuestionan las estrategias de aislamiento de las comunidades terapéuticas, muchas veces esa misma lógica termina reproduciéndose en sus propios dispositivos. Se da una suerte de “aislamiento en el territorio”, que reduce las posibilidades de interacción con otros sectores sociales, y dificulta la inclusión social.

Por último, otra de las limitaciones que destacamos del abordaje del Hogar de Cristo se encuentra vinculada a la propuesta que realizan, el “Plan de vida”. El mismo es presentado como una tarea individual de gestión de la propia inclusión social, con el acompañamiento del Hogar de Cristo. Como analizamos a lo largo de la tesis, la exclusión social puede ser

analizada desde un punto de vista estructural (vinculada al concepto de masa marginal de Nun), o como consecuencia de conductas y valores individuales desviados (en consonancia con el concepto de *underclass* desarrollado en Estados Unidos). Al presentar la inclusión social como una tarea individual, los curas villeros refuerzan esta última acepción de la exclusión social. En virtud de ello, las dificultades para conseguir un trabajo, una vivienda, finalizar la escuela o abandonar el consumo de drogas son presentadas como una consecuencia de los defectos personales de quienes concurren al Hogar de Cristo, en tanto “adictos”, y no de la falta de posibilidades reales para alcanzar esos objetivos.

Los grupos terapéuticos realizados en los dispositivos del Hogar de Cristo, basados la mayoría de las veces en el Programa Doce Pasos, contribuyen a reforzar estas ideas. En ellos se habla de “los adictos” como personas con debilidad de carácter, ansiosas, consumistas, manipuladoras, etcétera. Estas características son utilizadas muchas veces - tanto por referentes como por quienes concurren al Hogar de Cristo- para explicar los fracasos en la inclusión social. Ello conduce a culpabilizar a los individuos, vulnerando aún más sus derechos, e imposibilitando sus posibilidades de recuperación e inclusión social.

El análisis de las características socio-demográficas de las personas que concurren al Hogar de Cristo nos permitió dar cuenta de que se trata de una población en situación de extrema vulnerabilidad social, económica, habitacional y de salud. Al comparar los resultados de este trabajo con estudios realizados en otros centros de tratamiento, pudimos observar que se trata de una característica propia de las personas consumidoras de pasta base/paco en estos territorios. En virtud de ello, podemos afirmar que el consumo de pasta base/paco tiene fundamentalmente una causa social (afecta con particular intensidad a las personas en situación de vulnerabilidad) y territorial (la dinámica de las drogas, su consumo, su venta, afecta con particular intensidad a quienes residen en los territorios más segregados y estigmatizados de la Ciudad). Esto permite discutir con los discursos biologicistas en el ámbito de la salud mental, fundamentalmente los provenientes de las neurociencias (tan en boga en el último tiempo), que atribuyen las problemáticas de consumo de drogas a las características individuales de las personas usuarias. Los consumos de drogas en estos territorios constituyen una clara problemática social y, como tal, debe tener respuestas sociales. Resulta fundamental el desarrollo de políticas públicas que garanticen a esta

población el acceso a sus derechos, y no respuestas locales que culpabilicen a los individuos por sus “fracasos” en la inclusión y la recuperación. En un contexto de desigualdad creciente, de falta de políticas de acceso a la vivienda, a la salud, a la educación y al trabajo, el desarrollo de un “plan de vida” resulta una quimera. No hay “plan de vida” posible en una sociedad crecientemente desigual e injusta.

Lejos de querer caer en una mirada hiperestructuralista, que elimine cualquier grado de agencia en los individuos, esta tesis busca dar cuenta de los condicionantes sociales y territoriales de los consumos de drogas, específicamente de pasta base/paco en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Ello no implica desconocer el papel activo de los sujetos en estos procesos, sus prácticas, experiencias, procesos de apropiación, de ruptura y de continuidad. Resulta fundamental para lograr una cabal comprensión de la relación entre exclusión social y consumo de drogas, la incorporación de la perspectiva de los sujetos, de aquellos que con sus prácticas, experiencias, saberes y cuerpos padecen las situaciones de exclusión, y muchas veces contribuyen a reproducir. Dicha tarea será abordada en el marco de la investigación doctoral.

El objetivo de esta tesis fue analizar en profundidad una de las experiencias más desarrolladas en la actualidad para el abordaje de los consumos de drogas en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Esperamos que el trabajo realizado contribuya al desarrollo de abordajes más adecuados para los consumos de drogas en contextos de exclusión social, una problemática que afecta de manera creciente a un gran número de personas, y que exige respuestas urgentes.-

Referencias bibliográficas

Altschuler, B. (2013). Territorio y desarrollo: aportes de la geografía y otras disciplinas para repensarlos. *Theomai*, 27-28, 64-79.

Ameigeiras, A. (2013). "Pueblo Santo o Pueblo Justo". Alternativas teológico-pastorales en una diócesis del Gran Buenos Aires. En E. Judd y F. Mallimaci (Coordinadores), *Cristianismos en América Latina: tiempo presente, historias y memorias*. (pp. 195-221). Buenos Aires: CLACSO.

Arana, X., Markez, I y Montañés, V. (2012). Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2 (6), 1-5. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2176145>

Arqueros, S. *et al.* (2011). Apuntes sobre la cuestión villera en la Ciudad de Buenos Aires. *Herramienta*, 48.

Arteta, I. (2016). *La 21-24. Una crónica de la religiosidad popular frente al desamparo*. Buenos Aires: Ediciones Continente.

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2016). Urbanización de villas y asentamientos en Buenos Aires. *Colección Es Nuestra la Ciudad N° 3*.

Avilés, N. R. y García, E. G. (2006). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos adictivos*, 8(4), 243-250.

Azparren, A. L., Quintáns, A. y Dana, G. (noviembre 2015). Despenalización del consumo de drogas: debates al interior del catolicismo (2009-2015). *XVIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina*. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Bauman, Z. (2005). *Vidas Desperdiciadas. La Modernidad y sus parias*. Barcelona: Paidós Ibérica

Blaustein, E. (2001). *Prohibido vivir aquí. Una historia de los planes de erradicación de las villas de la última dictadura*. Buenos Aires: Comisión Municipal de la Vivienda.

Bourgois, P. I. (2015). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Camarotti, A.C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

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. y Kornblit, A.L. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.

Camarotti, A. C. y Touris, C. (2010). Consumo/uso de pasta base en mujeres de zonas marginalizadas del sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Artemisa*.

Camarotti, A.C. y Güelman, M. (2013). Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas. *Salud Mental y Comunidad*, 3, 69-78.

Capriati, A, Camarotti, A. C., Di Leo, P.F., Wald, G. y 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.

Castel, R. (1991). La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En AAVV, *El espacio institucional* (pp. 37-54). Buenos Aires: Lugar.

Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.

Castel, R. y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía. En A. Ehrenberg (Compilador), *Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos* (pp. 221-238). Buenos Aires: Nueva Visión.

Castilla, M. V. y Lorenzo, G. (2012). Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires. *Cuadernos de antropología social*, (36), 69-89.

Castilla, M. V., Olsen, M. C. y Epele, M. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 14, 209-229.

Catoggio, M. S. (2013). Católicos en el “mundo de los pobres”. Imaginarios y sentidos frente a la situación represiva durante la última dictadura militar argentina, 1976-1983. En E. Judd y F. Mallimaci (Coordinadores), *Cristianismos en América Latina: tiempo presente, historias y memorias* (pp. 247-267). Buenos Aires: CLACSO.

CICAD/OEA (2016). Estudio piloto en usuarios de cocaínas fumables en centros de tratamiento y/o en dispositivos de apoyo contención en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Informe preliminar.

Comas-Arnau, D. (2010). *Un lugar para otra vida: los centros residenciales y terapéuticos del movimiento carismático y pentecostal en España*. Madrid: Fundación Atenea Grupo GID.

Cordeiro, R. A., Galante, A., y Rossi, D. (2014). *Personas que usan estupefacientes en Argentina. De ‘delincuentes-enfermos’ a sujetos de derechos*. Buenos Aires: Intercambios-Universidad de Buenos Aires.

Cravino, M. C. (2009). *Vivir en la villa: relatos, trayectorias y estrategias habitacionales*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Cravino, M. C. y Palombi, A. M. (2015). El macrismo ¿neoliberal? Política urbana en el sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo*, 8 (15), 40-51.

Cuda, E. (2013). Teología y política en el discurso del papa Francisco ¿Dónde está el pueblo? *Nueva Sociedad*, 248, 11–26.

Cunial, S. (2014). *El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires.

Cunial, S. (2016). El uso de drogas ilegales como asunto de política pública en Argentina. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas*, (8), 165-195.

D' Antonio, F. y Guarnieri, C. (Editores). (2017). *Padre Pepe Di Paola. Dalla Fine del mondo*. Roma: Lit Edizioni.

De Vedia, M. (2013). "Curas Villeros: la pastoral de la ternura". *Vida Nueva*. Año 1, N° 11.

Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Boletín sobre el VIH-SIDA en la Argentina*. Año XIX. N° 33.

Di Virgilio, M. M., y Perelman, M. (Editores). (2014). *Ciudades latinoamericanas: desigualdad, segregación y tolerancia*. Buenos Aires: CLACSO.

El Abrojo (2007). *El equilibrista*. Montevideo: Frontera Editorial.

Enríquez, P. G. (2007). De la marginalidad a la Exclusión Social: Un mapa para recorrer sus conceptos y núcleos problemáticos. *Fundamentos en Humanidades*, VIII (15), 57-88.

Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.

Esping-Andersen, G. (1990). *Los tres mundos del estado de bienestar*. Valencia: Edicions Alfons El Magnànim.

Fassin, D. (1996). Exclusion, underclass, marginalidad: Figures contemporaines de la pauvreté urbaine en France, aux Etats-Unis et en Amérique latine. *Revue française de sociologie*, 37 (1), 37-75.

Fernandes, J. L., y Pinto, M. (2004). El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. *Humanitas. Humanidades Médicas*. 5, 147-162.

Fernandes, L. y Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em bairros degradados: etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicodependências*, 16(2), 15-27.

Fernández, S. (2008). Circunstancias de la fundación del Hogar de Cristo: Estudio histórico en los documentos contemporáneos. *Teología y vida*, 49(4), 875-891.

Galante, A., Pawlowicz, M. P., Rossi, D., Goltzman, P. y Touzé, G. (agosto, 2016). Debates y dispositivos religiosos. Participación de los actores religiosos en las políticas públicas en materia de drogas. *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, Argentina.

Gallardo, R. A. et al. (2016). *El paco: informe sobre consumo y efectos en el cinturón sur de la CABA*. Buenos Aires: Jusbaire.

Grippaldi, E. (2015). Narrativas del yo y religiosidad en contexto de tratamiento por consumo problemático de drogas. *Culturas Psi*, 4, 53-86.

Groisman, F. (2010). La persistencia de la segregación residencial socioeconómica en Argentina. *Estudios demográficos y urbanos*, 25 (2), 429-460.

Grondona, A. (2012). *“Tradición” y “traducción”*: un estudio de las formas contemporáneas del gobierno de las poblaciones desempleadas en la Argentina. (Tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Güelman, M. (2016). *“Encontrar el sentido de la vida”*. *Rehabilitación y conversión en dos comunidades terapéuticas religiosas de redes internacionales*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional de General Sarmiento-Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (1991). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1991*. Buenos Aires: Autor.

INDEC (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Buenos Aires: Autor.

INDEC (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Buenos Aires: Autor.

Kaztman, R. (2001). Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*, 75, 171-189.

Kessler, G. (2011). Exclusión social y desigualdad ¿nociones útiles para pensar la estructura social argentina? *Laboratorio*, (24), 4-18.

Kessler, G., y Dimarco, S. (2013). Jóvenes, policía y estigmatización territorial en la periferia de Buenos Aires. *Espacio Abierto*, 22 (2), 221-243.

Kornblit, A. L. (1989). *Estudios sobre drogadicción en la Argentina*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kornblit, A. L. (2004). *Nuevos estudios sobre drogadicción: consumo e identidad*. Buenos Aires: Biblos.

Kornblit A. L., Camarotti, A. C., Capriati, A., Di Leo, P. F. y Wald, G. (2014). *Una propuesta para sistematizar experiencias en el abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas*. Buenos Aires.

Léopore, E. (Coordinador) (2012). *Capacidades de desarrollo y sociedad civil en las villas de la ciudad*. Buenos Aires: EDUCA-Editorial de la Universidad Católica Argentina.

Levin, L.G. (2013). Pastores, psicólogos y psiquiatras. Disputas en los tratamientos públicos para adictos en la Argentina, 1970-2005. *Revista de Humanidades Médicas y Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 5 (1), 1-48.

Lopes de Souza, M. J. (2001). O território: sobre espaço e poder. Autonomia e Desenvolvimento. En P. Castro, C. Gomes y R. Correa (Organizadores), *Geografia: conceitos e temas* (pp. 77-116). Rio de Janeiro: Bertrand.

Löwy, M. (1999). *Guerra de dioses: religión y política en América Latina*. México D.F.: Siglo XXI.

- Maletti *et al.* (2016). *La puerta abierta de la misericordia. Una propuesta eclesial al problema de la droga*. Buenos Aires: Editorial Santa María
- Mallimaci, F. y Esquivel, J. C. (2014). La contribución de la política y del Estado en la construcción del poder religioso. *Revista Argentina de Ciencia Política*, 17, 23-44.
- Mallimaci, F. y Giménez Béliveau, V. (2007). Creencias e increencia en el Cono Sur de América: entre la religiosidad difusa, la pluralización del campo religioso y las relaciones con lo público y lo político. *Revista Argentina de Sociología*, 5(9), 44-63.
- Mallimaci, F. y Salvia, A. (2005). *Los nuevos rostros de la marginalidad. La supervivencia de los desplazados*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Martín, J. P. (2010). *El Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo. Un debate argentino*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Martuccelli, D. (2007). *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
- Masseti, A. (2005). Piqueteros: la pobreza como disputa política. En F. Mallimaci y A. Salvia, A. (Coordinadores). *Los nuevos rostros de la marginalidad. La supervivencia de los desplazados*. Buenos Aires: Biblos.
- Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), 9-24.
- Merklen, D. (2010). *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática (Argentina 1983-2003)*. Buenos Aires: Gorla.
- Mignone, E. (1999). *Iglesia y dictadura*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Míguez, H. A. (2007). El uso de paco y la segunda exclusión. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 53(1), 18-22.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2015). *Vulnerabilidad social, adicciones y prácticas delictivas. Estudio exploratorio, descriptivo e interpretativo*. Buenos Aires: Autor.

- Mugica, C. (2012). *Peronismo y Cristianismo*. Buenos Aires: Punto de Encuentro.
- Nun, J. (2003). *Marginalidad y exclusión social*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- OAD-SEDRONAR (2011). *II Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento en Argentina*. 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.
- Palombi, A. M. (agosto-septiembre, 2009). “En el Bajo Flores pasan otras cosas”. Un estudio de la villa desde la ciudad. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.
- Paugam, S. (1996). *L'exclusion. L'état des savoirs*. Paris: Fayard.
- Pérez, P. (2016). Las heterogeneidades en la producción de la urbanización y los servicios urbanos en América Latina. *Territorios*, 34, 87-112.
- Premat, S. (2010). *Curas villeros. De Mugica al Padre Pepe. Historias de lucha y esperanza*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Primc, V. (Compilador). (2013). *Cuerpo a cuerpo. Hogar de Cristo en las villas de Buenos Aires*. Buenos Aires: Santa María.
- Quijano, A. (1970). *Polo marginal y mano de obra marginal*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Raffestin, C. (2011). *Por una geografía del poder*. México D.F.: Colegio de Michoacán.
- 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.

Ranguini, V., Rossi, D. y Corda, A. (2006). El paco bajo la lupa. El mercado de la pasta base de cocaína en el cono sur. *Programa Drogas y Democracia, en Drogas y conflicto. Documentos de debate. Transnacional Institute (TNI) Briefing Series.*

Renoldi, B. (1998). Modelos de atención a usuarios de drogas: recorrido histórico. En B. Renoldi, *Vivir de la cabeza. El sentido de un tratamiento de atención a drogadependientes* (pp. 43-55). (Tesis de licenciatura no publicada). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Rodriguez Alzueta, E. (2014). La violenta regulación del territorio en el capitalismo criminal. EN AA.VV. *Tiempos violentos. Barbarie y decadencia civilizatoria* (pp. 17-44). Buenos Aires: Herramienta.

Rodríguez, A.C. (2009). Aspectos teórico-metodológicos de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy*, 37, 317-327.

Rodríguez, M. C. (Coordinadora) (2015). *Diagnóstico socio-habitacional de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Consejo Económico y Social de la Ciudad de Buenos Aires.

Rojas Valero, M. y Romo-Avilés, N. (2002). Peruanas y españolas que consumen drogas: un estudio desde la perspectiva del género. *Revista de Psicología*, 20(2), 253-282.

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, Buenos Aires. 4(3), 301-318.

Romaní, O. (2011). La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. En J. Haro, (Coordinador), *El planteamiento de una epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 89-113). Buenos Aires: Editorial Lugar-El Colegio de Sonora.

Romo-Avilés, N. y Camarotti, A. C. (2015). Haciendo género en un mundo de varones: el consumo de pasta base de cocaína entre las mujeres de la ciudad de Buenos Aires. *La Aljaba. Segunda Época. Revista de Estudios de la Mujer*, 19, 229-235.

Sabatini, F., Cáceres, G. y Cerda, J. (2001). Segregación residencial en las principales ciudades chilenas: Tendencias de las tres últimas décadas y posibles cursos de acción. *Eure (Santiago)*, 27(82), 21-42.

Sack, R. (1980). *Conceptions of space in social thought: a geographic perspective*. Londres: Macmillan.

Sales i Campos, A. (2014). *El delito de ser pobre: Una gestión neoliberal de la marginalidad*. Barcelona: Icaria Editorial.

Santos, M. y Silveira, M. L. (2001). *O Brasil: Território e Sociedade no início do século XXI*. Río de Janeiro: Record.

Scannone, J. C. (1987). *Teología de la Liberación y Doctrina Social de la Iglesia*. Madrid: Ediciones Cristiandad.

SEDRONAR. (2014a). *Manual de Puntos de Encuentro Comunitario (PEC)*. Buenos Aires.

SEDRONAR. (2014b). *Manual de Centros Preventivos Locales de Adicciones (CEPLA)*. Buenos Aires.

SEDRONAR. (2014c). *Manual de las Casas Educativas Terapéuticas (CET)*. Buenos Aires.

Segato, R. (2009). La faccionalización de la república y el paisaje religioso como índice de una nueva territorialidad. En AA.VV. *América Latina y el Caribe: territorios religiosos y desafíos para el diálogo* (pp. 41-81). Buenos Aires: CLACSO.

Soldano, D. (2008). Relegación, desplazamiento, conflicto. Notas para pensar la cuestión social urbana en la Argentina contemporánea. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 13, 207-212.

Suárez, A. L. (Directora). (2015). *Crear en las villas. Devociones y prácticas religiosas en los barrios precarios de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos.

Subirats, J. (Director) (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. *Colección Estudios Sociales N° 16*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Svampa, M. (2001). *Los que ganaron: la vida en los countries y barrios privados*. Buenos Aires: Biblos.

Touris, C. (2012). *Catolicismo y cultura política en la Argentina. La “constelación tercermundista” (1955-1976)*. (Tesis de doctorado no publicada). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína* (pp. 47-76). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil y Federación Internacional de Universidades Católicas.

Vernazza, J. V. (1989). *Para comprender una vida con los pobres: los curas villeros*. Buenos Aires: Guadalupe.

Wacquant, L. (2001). *Parias urbanos: marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Buenos Aires: Manantial.

Wacquant, L. (2007). La estigmatización territorial en la edad de la marginalidad avanzada. *Ciências Sociais Unisinos*, 43 (3), 193-199.

Yujnovsky, O. (1984). *Claves políticas del problema habitacional argentino, 1955-1981*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting*. New Haven: Yale University Press.

Leyes, decretos y resoluciones.

Boletín Oficial 11/10/1989, *Ley 23737*, Buenos Aires, Argentina (Régimen Penal de Estupefacientes).

Boletín Oficial 08/03/1995, *Ley 24455*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las obras sociales de prestar tratamientos para la drogadependencia).

Boletín Oficial 02/01/1997, *Ley 24754*, Buenos Aires, Argentina (Obligatoriedad para las empresas o entidades de medicina prepaga de cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales, incluyendo los tratamientos para la drogadependencia).

Boletín Oficial 03/12/2010, *Ley 26657*, Buenos Aires, Argentina (Ley Nacional de Salud Mental).

Boletín Oficial 19/08/2014. *Resolución 266/14* (Aprobación del Programa Integral de Atención, Asistencia e Integración de personas que presentan consumo problemático de sustancias. Anexo II).

Boletín Oficial 17/01/2014, *Decreto 48/14*, Buenos Aires, Argentina (Asignación a la Secretaría de Seguridad de las tareas vinculadas al combate del narcotráfico que llevaba a cabo SEDRONAR).

Boletín Oficial 29/05/2014, *Ley 26934*, Buenos Aires, Argentina (Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos).

Boletín Oficial 26/08/2016, *Ley 27267*, Buenos Aires, Argentina (Sustitución del nombre del CE.NA.RE.SO por el de Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Licenciada Laura Bonaparte”).

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2009). “Arriola, Sebastián y otros s/ Recurso de Hecho causa n° 9080, Sentencia. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-arriola-sebastian-otros-recurso-hecho-causa-9080-fa09000059-2009-08-25/123456789-950-0009-0ots-eupmocsollaf>

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina. Resolución N° 2857/06. *Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades*. Comité de Ética de Conicet.

SEDRONAR. Resolución 15/17. *Consejo para el abordaje integral de las políticas públicas de adicciones. Creación*.

SEDRONAR. Resolución 17/17. *Escuela de formación de las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario. Creación*.

Páginas web consultadas

Cáritas Argentina: <https://www.caritas.org.ar/>. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/institucional-subsecretaria-de-promocion-social/dg-politicas-sociales-en-adicciones. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Fundación Hogar de Cristo Chile: <https://www.hogardecristo.cl/>. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Federación Hogar de Cristo: <https://hogardecristo.org.ar/about-us/que-es-lafghc/>. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Grupo de Curas en la Opción Preferencial por los Pobres. Página de *Facebook*: Grupo de Curas OPP. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Ministerio de Justicia de la Nación: www.jus.gob.ar/accesoalajusticia/caj. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Movimiento Columna: <https://movimientocolumna.wordpress.com>. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR): www.argentina.gob.ar/sedronar. Fecha última de consulta: 31 de agosto de 2017.

Documentos y notas periodísticas.

Carta Encíclica *Populorum Progressio*. Carta del Papa Pablo VI a los obispos, sacerdotes, religiosos, y fieles de todo el mundo, y a todos los hombres de buena voluntad sobre la necesidad de promover el desarrollo de los pueblos. Recuperado de: http://w2.vatican.va/content/paul-vi/es/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum.html

Comisión Nacional de Drogadependencia-Conferencia Episcopal Argentina (2014). “Documento presentado en el encuentro sobre drogadependencia en la Parroquia Cristo Obrero de la Villa 31 bis (CABA)”, Disponible en: <http://www.aica.org/print.php?doc=4092>.

Curas villeros: en la cruzada por recuperar a los adictos (12 de mayo de 2015). *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1791957-cruzados-en-la-mision-de-recuperar-a-los-adictoscuras-villeros>

Curas villeros: predicadores de la Teología del Pueblo (09 de mayo de 2010). *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1262615-curas-villeros-predicadores-de-la-teologia-del-pueblo>

Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2007). “Reflexiones sobre la urbanización y el respeto a la cultura villera”. Disponible en: http://www.revistacriterio.com.ar/bloginst_new/2009/11/03/reflexiones-sobre-la-urbanizacion-y-el-respeto-por-la-cultura-villera/

Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2009), “La droga en las villas: despenalizada de hecho”. Disponible en: <http://www.pastoralsocialcba.org.ar/documents/LADROGAENLASVILLAS.pdf>

Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2010). “El desafío del paco”. Disponible en: <http://www.sin-paco.org/blog/index.php/2015/10/16/la-droga-en-las-villas-despenalizada-de-hecho/>

Equipo de Sacerdotes para Villas de Emergencia (2014a). “En la Iglesia, la vida por Dios, la vida por el Pueblo”. Disponible en: <http://www.aica.org/documentos-s-T3Ryb3MgZG9jdW1lbnRvcw==--3533>

Equipo de Sacerdotes para las Villas de Emergencia (2014b). *Jornada Desafío del Paco*.

Informe preliminar. *I Censo Popular de Personas en Situación de Calle*. Julio de 2017.

Manifiesto de Obispos del Tercer Mundo. Recuperado de: <http://www.ruinasdigitales.com/cristianismoyrevolucion/cyrmanifiestodeobisposdeltercermundo66/>

Anexo metodológico

Reflexiones sobre el trabajo de campo

Entre 2015 y 2016 concurrí con una periodicidad semanal (con algunas interrupciones) a los distintos dispositivos que componen el Hogar de Cristo en las villas de la Ciudad de Buenos Aires. Las entrevistas con sus referentes, las charlas informales, la participación en talleres y grupos terapéuticos, y las conversaciones mantenidas durante la realización de las encuestas con quienes concurren al Hogar de Cristo modificaron mi forma de entender los consumos problemáticos de drogas, principalmente en estos contextos caracterizados por una fuerte exclusión social.

Acceder al Hogar de Cristo no fue difícil, ya que la directora de esta tesis tenía un fluido vínculo con los curas villeros por trabajos anteriores realizados allí sobre mujeres consumidoras de pasta base/paco. Sus referentes se mostraron desde un primer momento muy predispuestos a que realizara la investigación allí. El primer dispositivo al que fui fue el centro barrial San Alberto Hurtado, y desde allí me fueron abriendo las puertas de los demás dispositivos, invitándome a charlas, talleres y actividades.

El ingreso a cada centro no fue siempre igual. En algunos llegué tras contactar primero al sacerdote responsable, y en otros después de hablar con la persona a cargo de la coordinación. Las entrevistas a las personas referentes ayudaron a presentar la investigación y a establecer lazos de confianza. Tras la realización de las entrevistas procedía a permanecer en el centro, participando de sus actividades.

Fue entonces que surgió la posibilidad de realizar las encuestas. Al Hogar de Cristo le servía conocer datos sobre las problemáticas de las personas que concurren, y para mi tesis ello resultaba un buen insumo. Pero por sobre todas las cosas, las encuestas fueron fundamentales para darle un sentido claro a mi permanencia en el centro. Gracias a las

encuestas podía permanecer allí, observando, conversando, participando de actividades, sin que mi presencia resultase un enigma. Era “la chica de las encuestas”, y ese rol me servía para poder estar allí sin ser confundida con otras profesionales, principalmente psicólogas y trabajadoras sociales, muy requeridas en el dispositivo.

La sensación de familiaridad me invadía apenas llegaba al Hogar. Las personas allí presentes me recibían con una calidez poco habitual en instituciones de tratamiento. Quienes me habían visto antes, parecían alegrarse de mi visita, me preguntaban cómo iba con mi trabajo, cuándo lo tendría listo, y si se los haría llegar. Fueron muy pocas las personas que no quisieron participar de la encuesta. La gran mayoría mostraba un gran entusiasmo cuando les contaba lo que estaba haciendo y se ofrecían a participar.

Las encuestas no me permitieron captar todo lo que sucedía en esos encuentros, que duraban cerca de 40 minutos, pero podían extenderse a horas, en los que las personas encuestadas me terminaban contando su historia: sus intentos por dejar el consumo, las situaciones de violencia sufridas, sus sensaciones con el Hogar de Cristo, sus angustias, los momentos de alegría, las cosas que los entusiasmaban o alegraban, sus expectativas para el presente y el futuro. Al finalizar los encuentros registraba nuestras charlas y mis sensaciones en notas de campo, para tratar de no perder esos valiosos relatos de quienes compartían conmigo sus historias.

En algunos casos, antes de que yo pudiera hacer alguna pregunta del cuestionario, las personas encuestadas comenzaban a relatarme su historia. Muchas parecían hacerlo a modo de “experiencia ejemplificadora”: relataban su historia buscando que pudiera servirles a otras personas para dejar el consumo. Otras me hablaban como si fuese una psicóloga que pudiera ayudarlos, y parecían molestarse cuando les explicaba en qué consistía mi profesión y qué era lo que yo podía hacer desde mi lugar (tarea para nada sencilla explicar qué es lo que los sociólogos podemos hacer por quienes padecen las injusticias de esta sociedad).

Las historias relatadas superan lo imaginable. Múltiples situaciones de injusticia, violencia, abuso y abandono fueron relatadas en esos encuentros. Los cuerpos de las personas que

concurrer al Hogar de Cristo constituyen relatos vivos de esos múltiples padecimientos: heridas, cortes, marcas, amputaciones son parte de ese relato de la exclusión y la violencia.

Pero también hubo otras historias. Historias de encuentros, de alegrías, de esperanzas. De personas que acompañan, que aparecen, que se esfuerzan. De dispositivos que alojan y de instituciones que sostienen. El trabajo de campo realizado me permitió conocer las complejidades de la problemática del consumo de drogas en contextos urbanos caracterizados por una fuerte exclusión social. Espero haber podido reflejar ello a lo largo de esta tesis.

Entrevistas realizadas

1. Sacerdote de centro barrial San Alberto Hurtado.
2. Coordinador del centro barrial San Alberto Hurtado.
3. Acompañante par del centro barrial San Alberto Hurtado.
4. Sacerdote del centro barrial Padre Mugica.
5. Coordinadora del centro barrial Padre Mugica.
6. Coordinadora del centro barrial Don Bosco.
7. Sacerdote del Hogar Santa María.
8. Coordinadora del Hogar Santa María.
9. Coordinadora del centro barrial Juan Pablo II.
10. Coordinador del dispositivo “Niños de Belén”, localizado en la villa 21-24.
11. Coordinador de la carpa de atención “Negro Manuel”, localizada en la plaza del barrio de Constitución.
12. Médico infectólogo de la Casa de Atención de Usuarios de Paco con enfermedades complejas.
13. Ex usuario de drogas, centro barrial San Alberto Hurtado.
14. Ex usuario de drogas, centro barrial San Alberto Hurtado.
15. Ex usuaria de drogas, centro barrial San Alberto Hurtado.
16. Ex usuaria de drogas, centro barrial Juan Pablo II.

Consentimientos

Consentimiento informado para la realización de las entrevistas

Mi nombre es Ana Laura Azparren e integro un equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires que está llevando adelante un estudio para conocer las experiencias y opiniones de los integrantes de instituciones de abordaje de los consumos de drogas. Tenemos interés en conocer sus experiencias personales y opiniones acerca de diferentes aspectos relacionados con los siguientes temas:

- a) Historia y organización de la institución
- b) Características del tratamiento que brindan
- c) Dimensión espiritual y/o religiosa de dicho tratamiento
- d) Relaciones con otras instituciones y el Estado

Cualquier duda que tenga, en cualquier momento, por favor pregúnteme. Su participación en esta entrevista es voluntaria. No tiene que responder a ninguna pregunta si no lo desea. Si durante la entrevista así lo desea, puede interrumpir su participación en cualquier momento sin que esto signifique para usted ningún perjuicio. Esta entrevista es totalmente confidencial y anónima. Ninguna persona por fuera de nuestro reducido equipo de investigación conocerá el conjunto de sus respuestas. La entrevista será grabada y luego transcrita. Su nombre no aparecerá en ningún lado y no quedará registrado ningún dato que permita que la/lo identifiquen. Si usted lo desea, puede elegir un seudónimo. La entrevista dura entre una hora y una hora y media, aproximadamente.

Consentimiento informado para la realización de las encuestas.

Mi nombre es Ana Laura Azparren e integro un equipo de investigación de la Universidad de Buenos Aires que está llevando adelante un estudio para conocer las experiencias y opiniones de personas que asisten a dispositivos de tratamiento para los consumos de drogas. La encuesta indagará en los siguientes temas:

- a) Su edad, género, situación habitacional, laboral, educativa y familiar.
- b) Sus pautas de consumo de drogas.
- c) Sus trayectorias y experiencias de tratamiento.
- d) Sus problemáticas de salud y conflictos con la ley.

Cualquier duda que tenga, en cualquier momento, por favor pregúnteme. Su participación en esta encuesta es voluntaria. No tiene que responder a ninguna pregunta si no lo desea. Si durante la encuesta así lo desea, puede interrumpir su participación en cualquier momento sin que esto signifique para usted ningún perjuicio. Esta encuesta es totalmente confidencial y anónima. Ninguna persona por fuera de nuestro reducido equipo de investigación conocerá el conjunto de sus respuestas. Su nombre no aparecerá en ningún lado y no quedará registrado ningún dato que permita que la/lo identifiquen. La encuesta dura entre media hora y cuarenta minutos, aproximadamente.