

# **Sobre el dispositivo de escucha individual en un centro de salud mental comunitaria.**

Zaiatz, Paola.

Cita:

Zaiatz, Paola (2025). *Sobre el dispositivo de escucha individual en un centro de salud mental comunitaria. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/15>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/A63>

# SOBRE EL DISPOSITIVO DE ESCUCHA INDIVIDUAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Zaiatz, Paola

Ministerio de Salud de la Nación. Hospital Nacional en Red “Lic. L. Bonaparte”. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Este escrito se inscribe en una Casa de Salud Mental Comunitaria situada en la villa 21-24 de la Ciudad de Buenos Aires, orientada a la atención de personas en situación de calle con consumo problemático (CP). Se centra en el dispositivo de escucha individual, explorando sus características, objetivos y su estatus como tratamiento dentro de un enfoque comunitario. Se aborda el marco político y legal que fundamenta las prácticas de salud mental en Argentina, con especial atención a los Tratamientos Comunitarios (TC), y se problematiza la noción de tratamiento desde una perspectiva crítica. Se plantea que la escucha individual, lejos de replicar el modelo clínico tradicional, se configura como una práctica situada que articula lo individual con lo colectivo, configurando un “neo-consultorio” en el espacio de lo público y comunitario. Finalmente, se advierte la coexistencia de un paradigma integral-comunitario con uno moralizante y normativo en el abordaje de los CP, proponiendo pensar lo individual no como aislamiento, sino como una práctica anclada en las condiciones de existencia y en la mutua influencia entre sujetos y contextos.

## Palabras clave

Tratamiento comunitario - Consumo problemático - Reducción riesgo y daños - Situación de calle

## ABSTRACT

### ON THE INDIVIDUAL LISTENING DEVICE IN A COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

This article is set in a Community Mental Health Center located in slum 21-24 in the City of Buenos Aires, which brings attention to houseless people with problematic substance use. It focuses on the individual listening device, exploring its characteristics, objectives, and status as a treatment within a community-based approach. It addresses the political and legal framework that underpins mental health practices in Argentina, with special attention to Community Treatments (CT), and critically questions the notion of treatment. It argues that individual listening, far from replicating the traditional clinical model, is configured as a situated practice that articulates the individual with the collective, creating a “neo-clinic” in the public and community space. Finally, it notes the coexistence of an integral-community paradigm with a moralizing and normative one in addressing problematic substance use, proposing to think of the individual not as

isolation, but as a practice anchored in the conditions of existence and the mutual influence between individuals and contexts.

## Keywords

Community treatment - Problematic consumption - Risk and harm reduction - Homelessness

## INTRODUCCIÓN

El presente escrito se enmarca en una Casa de Salud Mental Comunitaria de financiamiento del Ministerio de Salud Nacional ubicada en un barrio popular dentro de la comúnmente conocida villa 21-24. Se trata de un dispositivo que implementaba acciones de promoción de la salud mental construyendo espacios de cuidado y prevención que trabajaba, acorde a lo establecido en la Ley de Salud Mental N° 26.657, desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado al reforzamiento, restitución y promoción de lazos sociales. Allí se realizaba principalmente acompañamiento a personas en situación de calle y consumo problemático de sustancias desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños, con intervenciones enmarcadas en un umbral mínimo de exigencia, para lo cual se brindaba desayuno, ducha y recorridos barriales con hidratación y curaciones. También allí se desarrollaban espacios recreativos grupales y talleres y se ofrecía acompañamientos individuales en Salud Mental. En adelante se denominará los últimos con la forma coloquial utilizada en la práctica diaria de los trabajadores del dispositivo: *escucha individual*. A lo largo del presente escrito se explorarán las características de este dispositivo, sus objetivos y su estatus como tratamiento dentro de un enfoque comunitario.

## BREVE RECORRIDO POR EL MARCO POLÍTICO Y LEGAL

Realizando un recorrido por el marco político y legal que sostiene las prácticas en este tipo de centros de salud en la Argentina es imprescindible partir de la inclusión de los consumos problemáticos como parte integrante de la salud mental en el artículo 4 de la Ley N° 26.657. A su vez, frente a la complejidad creciente de las problemáticas en salud mental, y de los consumos problemáticos en particular, en 2014 se sanciona la Ley N° 26.934 denominada “Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan Iacop)”. Esta ley, a partir de una lectura de la salud como proceso de salud-enfermedad-

cuidado, e incluyendo las problemáticas dentro del campo de la promoción de la salud mental comunitaria, comenzó a estructurar una política pública del Estado con énfasis en el fortalecimiento de los vínculos comunitarios (Sedronar, 2019). En este contexto, desde 2016 se propone, desde la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (Sedronar), desarrollar una estrategia de abordaje territorial y comunitario creando Dispositivos Integrales de Abordaje Territorial (DIAT) definidos como “centros preventivos asistenciales gratuitos, de abordaje integral ambulatorio, cuya gestión se encuentra compartida entre la Sedronar y provincias, municipios, organizaciones no gubernamentales o asociaciones civiles” (Resolución No 150-E/2017) y Dispositivos de Tratamiento Comunitario (DTC) (Sedronar, 2019).

Pero, ¿qué es un “tratamiento comunitario”? Barros *et al.* (2018) afirman que el Tratamiento Comunitario (TC) es una propuesta latinoamericana de trabajo con comunidades en situación de alta vulnerabilidad basado en el trabajo con redes no formales para reforzar procesos de integración social y atención comunitaria a personas, familias y/o grupos. Si bien su surgimiento es en contextos de comunidades vulnerables vinculadas con el uso de drogas, inspirándose en estrategias de reducción de riesgos y daños, una de las principales fortalezas del TC es que no solo aborda las situaciones de consumo problemático, sino las vulneraciones de derechos de las personas en general, buscando fortalecer las redes comunitarias (Barros *et al.*, 2018).

La metodología del TC tiene como sujeto de la intervención no sólo personas individuales, sino que también la comunidad y sus redes. Propone que el trabajo se desarrolle en la comunidad en la que la persona vive, trabajando *en, con y por* medio de la comunidad, definiendo a ésta última como “el conjunto de redes que animan un territorio geográficamente delimitado” (Sedronar, 2019). Una de las características es que su umbral de exigencia es mínimo, lo cual “no constituye una *no exigencia*, sino un trabajo progresivo en el registro del problema para que pueda generarse en las personas usuarias la decisión de resolverlo, atendiendo a los tiempos singulares de cada sujeto.” (Sedronar, 2019).

Efram milanese (2013) ubica en el TC dos tipologías de servicios: por un lado, los **centros de escucha**, y por el otro, los **centros de acogida de bajo umbral**. El centro de escucha es un servicio de bajo umbral de acceso para la escucha inmediata, la orientación, acompañamiento y derivación, cuyo objetivo es dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local gravemente excluida. El centro de acogida inmediata tiene el objetivo de dar respuesta a las necesidades apremiantes de personas consumidoras de drogas y personas en situación de calle gravemente excluidas, brindando un conjunto de ayudas concretas tales como: escucha y evaluación de demandas y necesidades, comida y bebida, lugar para dormir, baño, etc.

## APROXIMÁNDONOS A LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA *ESCUCHA INDIVIDUAL*

Gran parte de nuestro trabajo como agentes de salud es escuchar. En el espacio compartido en la casa (tanto por usuarios como por trabajadores del equipo) se escucha constantemente a quienes están presentes, por lo que me pregunto ¿cuál es el objetivo específico de hacer una *escucha individual* en un dispositivo comunitario? También me pregunto, porqué resonaba tanto entre los profesionales la frase “no es un tratamiento, es una escucha” ¿Cuál sería esa necesidad de diferenciarlo de un tratamiento?

Nuestro imaginario de un *tratamiento clásico* en salud mental es el realizado en consultorios externos o en un consultorio particular cuyo encuadre consiste de: un consultorio, turnos con horarios fijos, algunos profesionales asignados que no cambian y un largo plazo para llegar a un objetivo final. El espacio de *escucha individual* se diferencia del imaginario que tenemos del *tratamiento clásico* en diversos aspectos: Por un lado, si bien las escuchas suelen tener un horario pre asignado, a veces son a demanda espontánea, o a demanda del equipo hacia usuarios, lo cual está íntimamente vinculado al hecho de que el umbral de exigencia sea mínimo.

*P concurre a la casa comunitaria. Desayuna mientras charla y comparte con quienes están presentes. Luego de unas horas de encontrarse en la casa hace un comentario al pasar, casi como si fuera una afirmación cotidiana. Comenta que actualmente se encuentra embarazada, que había ido a un CeSAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) donde le habían dado un turno para realizar una interrupción de su embarazo y que no había concurrido al mismo “por drogada”, comentario que hizo en un volumen de voz muy bajo y casi imperceptible. Continuó desayunando sin enfatizar en lo que acababa de decir. En ese momento, se le pregunta a P si quería hablar del tema, pero ella se niega, un tanto enojada y frustrada, refiriendo que siempre le ofrecen ayuda y nunca se la dan. Un tiempo más tarde, luego de cierta complicidad vincular, se la vuelve a invitar a charlar y ella accede a tener un espacio de escucha individual. Ya en un espacio privado, se realiza asesoría a P y se concreta un turno para poder realizar la interrupción del embarazo.*

Aquí en la mesa de la casa, mientras se desayunaba, ya se estaba escuchando a la usuaria, pero el equipo consideró que algo de la intimidad se hizo necesario para continuar con la intervención. Hablar de cuestiones vinculadas a la sexualidad, especialmente cuando se vinculan a la posibilidad de interrumpir un embarazo, requieren de un espacio seguro, libre de prejuicios que frente a otros usuarios no necesariamente estaría garantizado. También puede suceder que el usuario se presente espontáneamente al dispositivo solicitando el espacio, ya que ubica una situación puntual en su vida que le parece pertinente hablar con un profesional:

*Si bien B sabe que los días jueves a las 13 tiene un horario asignado para su espacio de escucha, hace 2 semanas que no concurre. Pero un jueves llega y solicita hablar con profesionales. Comenta que se siente angustiada ya que, debido a que su hijo superó el límite de faltas, se le quitó el beneficio de la ciudadanía porteña, razón por la que sentía culpa: “como permití que esto pase”. Ella refiere que las faltas se vinculan principalmente a la discapacidad de su hijo y a la conflictiva vincular con su ex pareja, con quien se encuentra actualmente atravesando un proceso judicial luego de violencia intrafamiliar. Se busca trabajar sobre el sentimiento de culpa buscando correr el foco de su persona y de lo que la sociedad espera de una madre, ubicando que también el colegio tiene parte de responsabilidad al no mantener comunicación con ella a sabiendas de la condición de su hijo.*

En ambos casos la escucha se diferencia de un tratamiento clásico en el sentido de no necesitar un encuadre fijo (no requirieron de un horario pre-asignado) y en el de su duración (ya que se dio respuesta a la problemática de la usuaria en un corto plazo). Por otro lado, si bien algunas escuchas suceden efectivamente en el consultorio de la casa, podría pensarse que la *escucha individual* no se limita necesariamente a las paredes del consultorio, considerando ocasiones en las que se escuchó a usuarios en los pasillos del barrio, en el patio de la casa, o hasta en sus hogares. Continuando con la viñeta de P:

*Al día siguiente, P vuelve a asistir a la casa comunitaria. Hasta ese momento todavía no había una confirmación del turno para realizar la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Debido a que P no contaba con ningún medio de comunicación telefónica, la estrategia del equipo consistía en lograr que permanezca en la casa (o cerca de esta) hasta que haya noticias del turno y poder informarle. Pero la dificultad radicaba en el hecho de que P se encontraba en una conflictiva vincular con otra usuaria de la casa, razón por la cual no quería permanecer en ésta. La estrategia utilizada fue acompañarla a realizar diversas actividades en el barrio. Durante el recorrido comenta que el embarazo fue producto de un episodio de abuso sufrido en contexto de calle. A su vez, refiere reiteradas situaciones similares a lo largo de su vida.*

En este caso la intimidación se encontró en los pasillos del barrio, generando un espacio de escucha sin la necesidad de un consultorio, y sin la necesidad de establecer un encuadre como tal. En este tipo de dispositivos de TC a veces el encuadre de las entrevistas de escucha no se circunscribe a lugares físicos predeterminados, sino que la respuesta a la conformación de demanda de tratamiento para personas que no registran la situación de padecimiento, cobra diversas modalidades de presentación (Sedronar, 2019).

A pesar de las diferencias entre un *tratamiento clásico* y la *escucha individual*, ¿no podría considerarse que en la *escucha*

*individual* se está dando un tratamiento a la problemática de salud integral del usuario? El comienzo de historización que P realizó en los pasillos del barrio ¿no podría ser un primer esbozo de tratamiento de lo traumático? En el caso B, correr el foco de la culpa centrándolo en la responsabilidad de la institución escolar, ¿no podría pensarse como un tratamiento desde la deconstrucción de imperativos y mandatos patriarcales acerca de lo que se espera de una “mujer=madre”? Bleichmar (2001) plantea que la tarea del analista (pero aquí podría extenderse a el trabajador de la salud mental)

*“no es la de un sofista, ni se trata de un filósofo de las cortes, ni de un cavilador de los espacios de la ilustración, sino de un miembro de la sociedad civil (...) que ha echado sobre su espalda la responsabilidad de enfrentarse al otro humano en su desnudez y garantizar que algo tiene para proponerle en la búsqueda de alivio para su sufrimiento” (p. 1)*

y pienso que esta garantía no requiere necesariamente del encuadre de un *tratamiento clásico* para poder proponer formas de tratamiento del padecimiento subjetivo.

## **SOBRE LO INDIVIDUAL Y LO COMUNITARIO ¿UNO ES MÁS IMPORTANTE QUE EL OTRO?**

Continuando un poco con la historización, el TC nace en los inicios de los años 90 en América Latina, momento en el que diversos estudios en el área del trabajo con consumos problemáticos observaban: “...altas tasas de abandono de programas de tratamiento, alta tasa de uso de sustancias durante o después del tratamiento, dificultad de mantener la relación terapéutica un tiempo suficiente para poder desarrollar el tratamiento y empezar a tener efectos positivos...” entre otros (Barros *et al.*, 2018, p. 187). En este sentido, el TC comienza a diferenciarse del *tratamiento clásico*, lo cual puede evidenciarse en uno de sus principios: el paso de la perspectiva individual a la perspectiva personal y de red, poniendo en el centro de la escena a las personas y sus relaciones en una comunidad (Barros *et al.*, 2018) y haciendo énfasis en la prevención y en la promoción de la salud a nivel grupal, más que en el nivel asistencial individual (Camarotti y Kornblit, 2015). Por lo tanto, este tipo de tratamiento hace un intento constante de correr el eje desde el individuo (donde se encontraba cuasi estancado) hacia la comunidad.

Creo que esta búsqueda de equilibrar la balanza no debe llevar a ponderar uno sobre el otro necesariamente, sino que obliga a les profesionales de la salud a un trabajo de reflexión que permita determinar cuándo es necesario hacer hincapié en la comunidad, y cuando en el individuo. Breilh (2009) plantea que para cubrir tanto las dimensiones individuales como las colectivas del derecho a la salud, hay que pensar a la salud individual y a las formas de salud colectiva como dimensiones distintas, pero profundamente interrelacionadas. Me atrevo a hacer una



diferenciación entre una *escucha individual* (¿personal?, ¿singular?, ¿centrada en la persona?), y una *escucha colectiva*. Pero ¿qué diferenciaría a ambas? ¿por qué sería necesaria una escucha individual?

*L llega a su segunda cita pautada en la casa. En ese momento el consultorio se encontraba ocupado ya que se realizaba un escucha individual. Ella presentaba un cuadro de ansiedad, razón por la cual prefiere hablar en el patio de la casa, sin necesidad de esperar a ingresar al consultorio. Mientras se escucha a L, múltiples personas entran y salen de la casa, hablan, se saludan, ríen, gritan. También uno de los vecinos pone cumbia a todo volumen, como suele pasar. Ninguna de esas personas parecía estar escuchando atentamente su relato. L habla del vínculo conflictivo con su madre, de su diversa sintomatología, y no manifiesta molestias respecto a los ruidos y movimientos producidos en el lugar.*

Tanto aquí, como en la última viñeta relatada de P en el apartado anterior, algo de la intimidad comienza a ponerse en duda. Parecería que no necesariamente se necesite de cuatro paredes para poder sentirse en un espacio seguro e íntimo; y que también en el espacio público y social se pueda crear una especie de *neo-consultorio* en el cual se puedan comenzar a poner en palabras e historizar experiencias de vida traumáticas, que irremediablemente dejan marcas. Propongo pensar que una *escucha individual* sea la que requiera lo que la persona considere pertinente para su intimidad, con el fin de comenzar a dar respuesta a las problemáticas de su salud integral; y que una *escucha comunitaria* sea la que no requiera de la intimidad del usuario, y en la que pueda darse una relación dialógica entre los saberes expertos y profanos, creando lo que Martínez en *Antropología médica* (2008) denomina “espacios intersticiales que permitan que los profesionales de la salud -ellos también partícipes de la comunidad- “estén entre” y no por fuera de la comunidad” (como se cita en Camarotti y Kornblit, 2015).

## COEXISTENCIA DE MODELOS

La casa de salud mental comunitaria en la que se desarrolla el presente escrito es producto de una búsqueda tendiente a la reformulación de los modelos asistenciales más clásicos vinculados al *modelo médico hegemónico*, orientándose a un *modelo integral comunitario*. Pero pienso que coexisten allí prácticas propias de ambos modelos.

*Del CeSac del barrio se solicita turno para L, el contacto fue informal al celular de una de las profesionales de la casa. Se coordina un turno para un espacio de escucha individual. L llega y se queda mirando, se le ofrece la posibilidad de sentarse en la mesa grande en la que otros usuarios charlan mientras desayunan. Se niega, quedándose parada en la puerta. Se le ofrece un té mientras espera a quien había realizado el contacto con el CeSAC.*

*Se niega, dice que el té le produce más insomnio y ansiedad. Se comienza a hablar de este emergente que trae. Termina sentándose en la mesa con el resto de los usuarios y profesionales y comienza a hablar de qué le pasaba, de por qué estaba ahí, de su insomnio y ansiedad crónicos y de su trabajo signado por experiencias de explotación laboral prolongadas. Luego, la profesional que había realizado el contacto termina la escucha que realizaba y se la invita a L al consultorio de la casa. L comienza a repetir su relato, pero en la ¿intimidad? de las cuatro paredes.*

En el abordaje de los consumos problemáticos y la vulnerabilidad psicosocial, el *modelo integral comunitario* busca enfatizar en un eje de trabajo en la dimensión comunitaria y se diferencia de un *modelo moralista-normativo*, propio del *modelo médico-hegemónico*, que se orienta a considerar la enfermedad como un problema individual de salud (Camarotti y Kornblit, 2015). Me pregunto qué de los clásicos tratamientos individuales propios del modelo médico hegemónico insiste en las prácticas en salud mental.

Según la teoría de los paradigmas de Kuhn siempre habrá anomalías dentro de un paradigma y la mera existencia de ellas no constituye una crisis. Solo sería particularmente grave si se juzga que afecta los propios fundamentos del paradigma a la vez que resiste los intentos de eliminarla por parte de los miembros de la comunidad científica. La gravedad de la crisis aumentará cuando aparezca un paradigma rival, que será no solo diferente sino incompatible con él. El paradigma con el que se trabaje guiará el modo en el que se vea un determinado aspecto del mundo por lo tanto la adhesión de un paradigma a otro alternativo e incompatible podría considerarse como un “cambio de la Gestalt” o “conversión religiosa” (Chalmers, 1982).

Me pregunto si el cambio de un paradigma a otro (o de un modelo a otro) puede darse de una forma tan drástica como una “conversión religiosa”, y si no puede darse sin una constante lucha colectiva, política y reflexiva. Por ello, el trabajo de reflexión respecto a las prácticas debe ir hacia a la búsqueda de salidas individuales a situaciones colectivas; buscando, como plantea De la Aldea (2016), introducir un tiempo que de lugar al “acto de pensamiento”, armando dispositivos que impidan la repetición y estorben los hábitos; ubicando al pensamiento como acto colectivo que permita “... comprender las circunstancias en las que estoy, cuáles son los requerimientos de acción hacia ella, cuáles son los límites de mi propio hacer y mis posibilidades...” (p. 3).

## CONCLUSIÓN

A lo largo del escrito se fueron configurando diversos binarismos: individual vs colectivo, adentro vs fuera, *modelo moralista normativo* vs *integral comunitario* y *tratamiento comunitario* vs *tratamiento clásico*. Quizá quedarnos en estos binarismos nos impida ver qué puede haber por fuera de ellos. Lo comunitario puede pasar adentro de un consultorio; y una intervención en el

comedor barrial o en la mesa de la casa puede ser individualizante, en el sentido de desestimar las condiciones de existencia del sujeto. Lewkowicz (2003) nos dice que “Las preexistencias son un estorbo para el pensamiento, un hábito, una rutina que le resta actualidad a la actualidad” (p. 3) ¿cómo empezar a pensar por fuera de los binarismos preexistentes? ¿es posible pensar sin distinguir individuo-colectivo, pensándolos como un continuo en constante interrelación y movimiento?

Mi propósito no es introducir la idea de que un tratamiento “clásico” en un consultorio, con un encuadre fijo, sea algo negativo, sino pensar cuándo sería posible y necesario. El pensamiento situado parte de una *situación límite*, límite en el sentido de no poder “habitarla con mi máquina previa de pensar (...) es estar ante una configuración de elementos que me obliga a transformarme para habitarla” (Lewkowicz, 2003, p. 5). Allí radica la importancia de buscar dispositivos que se adecúen al usuario y no viceversa. Esta flexibilización en las intervenciones posibles en los espacios de escucha genera una mayor accesibilidad al sistema de salud en sujetos cuyo derecho a la salud fue y es vulnerado.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Barros, R., Canay, R., Carroli, M., Milanese, E., Serrano, I y Tufro, F. (2018). Justificación y viabilidad del Tratamiento comunitario. *Acta psiquiátrica y psicológica de América latina*. 64(3). 185-197.
- Bleichmar, S. (2001). Del motivo de consulta a la razón de análisis. En *Revista Actualidad Psicológica* No 287. Buenos Aires.
- Breilh (2009). Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. En *Universidad Andina Simón Bolívar. Sede Ecuador. Programa Andino de Derechos Humanos, PADH (Comp.)*. ¿Estado constitucional de derechos?: informe sobre derechos humanos Ecuador 2009. pp. 263-283. Quito: AbyaYala,
- Camarotti, A. y Kornblit, A. (2015). Abordaje integral comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo, en *Salud Colectiva* No 11, abriljunio. Buenos Aires. ISSN 1669-2381, EISSN 1851-8256.
- Chalmers, A. F. (1982). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. Editorial Siglo XXI. Madrid España.
- De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (2016). La subjetividad heroica, un obstáculo en las practicas comunitarias de la salud. Recuperado de: <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica-un-obstaculo-en-las-practicas-comunitarias-de-la-salud.html>
- Lewkowicz, I. (2003). Suceso, situación, acontecimiento. Ficha de cátedra. Buenos Aires, Facultad de Arquitectura, diseño y urbanismo.
- Milanese, E. (2013). Tratamiento comunitario. Manual de Trabajo I (2a ed.). São Paulo, Instituto Empondera.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar). (2019). *Modelo de abordaje integral territorial de los consumos problemáticos: una experiencia de política pública*. Recuperado de: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad\\_2019\\_modelo\\_de\\_abordaje\\_integral\\_territorial\\_de\\_los\\_consumos\\_problematicos\\_una\\_experiencia\\_de\\_politica\\_publica.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019_modelo_de_abordaje_integral_territorial_de_los_consumos_problematicos_una_experiencia_de_politica_publica.pdf)



---

# **POSTERS**