



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Políticas de la Conducción: Crítica, Gobierno, Resistencias

Análisis de las prácticas atencionales a personas con consumo
problemático de sustancias psicoactivas

Trabajo final de grado
Ensayo académico

Estudiante: Ignacio Urruty Veirano
C.I.: 3.823.027-1

Tutora: Mag. Sofía Monneti Rey
Revisor: Dr. Jorge Chávez

Montevideo, Uruguay
Diciembre, 2025

Índice

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	3
La Producción de un Problema.....	3
Contexto y Aproximación.....	3
La Posición de Quién Escribe un Problema y su Análisis.....	5
El Gobierno del Consumo.....	12
Punto de Partida: Lo que Hacemos, Nuestras Prácticas.....	12
Racionalidad Gubernamental.....	14
Prácticas y Dispositivos.....	16
Paradigmas, Marcos Institucionales y Modos Atencionales.....	21
La Figura Consumidor Problemático como Población.....	26
La Ciudad como Problema de Gobierno. Política pública.....	28
Singularización de una Experiencia.....	32
Una Historia Posible.....	32
Disposición de la Experiencia.....	35
Cierre y Apertura.....	41

Agradecimientos

A la familia,

Nelson, Rodrigo, Carla, Martina, abuela Marta, Sergio y en especial al tío Pepe y a mi madre, Marta.

A las amistades,

los de siempre, Emi, Chris, Gastón y Camilo

al núcleo duro, Manu y Vale

a Chepe y la banda Preciosa

a Seba por la inspiración

a Facundo

a Lucía por abrirme su universo

a “las de drogas”, Emi, Ete, Tati, Sabri y Fran

A Natalia,

por el refugio, la paz y la posibilidad de respirar en la tormenta

A las personas con las que se compartió la experiencia de trabajo en la policlínica Parque

Bellán, y de manera particular a Mariana, Giorgetto y Paola

A Sofía,

por la apertura, la complicidad, el trabajo riguroso y la afirmación como resistencia

A la educación pública, la Universidad de la República y la Facultad de Psicología

Introducción

El presente Trabajo Final de Grado se propone como objetivo producir un análisis crítico sobre las prácticas atencionales que se realizan en un centro de salud público de la ciudad de Montevideo que atiende a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Basado principalmente en los desarrollos teóricos de Michel Foucault, así como en otras/os autoras/es afines a sus planteos, el trabajo toma como punto de partida la experiencia laboral de quien suscribe como pasante de psicología en la policlínica Parque Bellán. Desde allí se propone un análisis de estas prácticas de atención desde la perspectiva de la gubernamentalidad, entendiendo las mismas como formas de gobierno sobre la vida de las personas que consultan por consumo.

Con este propósito, el siguiente ensayo académico se divide en cuatro apartados.

En *La Producción de un Problema* se expone la posición desde la que se entiende la emergencia de un problema y la producción de conocimiento con énfasis en la noción de problematización.

En *El Gobierno del Consumo* se propone la conceptualización de las prácticas atencionales de la policlínica como prácticas de gobierno y el problema del consumo problemático de sustancias como fenómeno sobre el que se debe ejercer una conducción.

Dentro de *Singularización de una Experiencia*, se da seguimiento al pasaje de un usuario de la policlínica atendido por consumo problemático de sustancias con el objetivo de producir una mirada encarnada a partir de los análisis que se realizan.

Por último, en *Cierre y Apertura*, se desarrolla la noción de “crítica” foucaultiana y se proponen las resistencias como movimiento afirmativo ante las prácticas que se orientan a dirigir la vida de los sujetos. A su vez, dentro de tal movimiento, se propone un ejercicio filosófico de la práctica psicológica, uno que permita la crítica de lo establecido y del pensamiento establecido.

La Producción de un Problema

Contexto y Aproximación

En el comienzo, la consideración de que los espacios institucionales son relevantes como posibilitadores, como parte de las condiciones de posibilidad de las interrogantes que se pueden formular acerca de los modos atencionales y sus formas de implementación; en el entendido de que dichas preguntas acarrean las lógicas y los sentidos de tales espacios.

El espacio institucional que diagrama la experiencia que se aborda en este trabajo está configurado por la articulación de dos instituciones. Nos referimos a la Intendencia de Montevideo (IM) y la Facultad de Psicología (FPsico), quiénes, en 2021, firman un convenio (Universidad de la República, 2021) en el que se acuerda la incorporación de estudiantes avanzados como pasantes de psicología en diferentes programas del Departamento de Desarrollo Social de la IM.

Acción y Prevención es el nombre del programa en el que me desempeñé como pasante entre julio de 2024 y junio de 2025. El mismo funciona desde el año 2022 y se especializa en el abordaje a personas que hacen un uso problemático de sustancias psicoactivas. La Resolución Municipal 0982/25 (Intendencia Montevideo, 2025), que convalida y aprueba su creación, establece que el uso problemático de tales sustancias constituye un desafío global que atraviesa diversas esferas de la sociedad y se refiere a la cuestión en términos de *problemática* que *afecta* a quienes consumen así como a sus familias y la sociedad en general. El programa cuenta con cuatro líneas que vertebran su funcionamiento: Prevención, Acción, Relacionamiento Institucional y Estrategia. La integración a los equipos de las policlínicas que trabajan con el uso de sustancias es una de las actividades del eje “Acción”, que busca generar y desarrollar lugares de prevención y atención descentralizados para personas con uso problemático de sustancias y sus referentes socioafectivos.

En ese sentido, las actividades desempeñadas en la policlínica en el rol de pasante se vinculan con la realización de la convocatoria a posibles interesadas/os en recibir tratamiento por consumo problemático de sustancias, la difusión del espacio de atención, la comunicación y coordinación entre el Programa de Acción y Prevención y el equipo del centro de salud, el ingreso a -y apoyo en- las instancias de consulta individual de las/los usuarias/os junto con las/los profesionales a cargo, la participación en reuniones de equipo, entre otras. Y la población con la que se trabaja se encuentra en situación de consumo problemático de sustancias tales como: clorhidrato de cocaína (popularmente conocida como cocaína), pasta base de cocaína, cannabis (marihuana), psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos y antiepilepticos), alcohol.

Por su parte, el Programa de Practicantado en Psicología se propone como una apuesta académica y política donde las/los estudiantes avanzadas/os se integran como agentes de salud en los diferentes equipos multidisciplinarios. Dentro de su fundamentación encontramos que sus acciones, entendidas como desarrollo de estrategias de educación, promoción y prevención de salud mental comunitaria, están dirigidas a *poblaciones vulnerables*. Si atendemos a sus objetivos, observamos que busca la incorporación de saberes y prácticas psicológicas en los diferentes niveles de las políticas públicas de la Intendencia de Montevideo, la formación de psicólogas/os en la ejecución de dichas

políticas con niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad montevideana y la producción de conocimientos psicológicos que redunden en un mejoramiento de la calidad de vida de la población montevideana (Universidad de la República, 2021).

La elección de la experiencia de trabajo en Parque Bellán para la realización de este escrito se sustenta en motivaciones de diversa índole. Por un lado, la posibilidad de reconocer y dar cuenta del entusiasmo que me generó compartir todos los lunes durante un año con las personas que transitaron por la policlínica: el equipo de trabajo con el cual se atendieron las situaciones de las personas con uso problemático de sustancias, trabajadoras/es o funcionarias/os que ejercían roles administrativos y de seguridad, otros profesionales/técnicos y aquellas personas que alguna vez consultaron, hicieron tratamiento, abandonaron, volvieron.

Por otra parte, el Practicantado en Psicología se configura como una de las posibles prácticas de graduación de la Licenciatura en Psicología de la Facultad. Esta inserción pre-profesional acontece en un momento con intensidades particulares en referencia al final de la formación de grado y como antesala a los posibles campos de inserción del profesional de la psicología. Instancia caracterizada también por ansiedades con respecto a la puesta en juego de los saberes adquiridos en etapas previas de la formación, pasaje de un supuesto saber a un saber-hacer, conjunción de teoría-práctica.

Resultó de interés también la posibilidad de pensar la experiencia en Parque Bellán junto a quiénes han acompañado esta última etapa del tránsito por la facultad (autoras/es, docentes, compañeras/os, conceptos, otras experiencias). Conversar con esas amistades en el intento de conceptualizar una práctica, intenta configurarse en este trabajo como encuentro de voces que no pretende la producción de un relato único o unificador, sino favoreciendo la emergencia de singularidades como efectos.

A partir de un investimiento afectivo con respecto a lo que sucedía y con quienes sucedía en la policlínica, apoyado en un pensamiento colectivo e imbricado con la etapa formativa en la que me encontraba, se aspiró a producir una escritura que diera cuenta de la multiplicidad de elementos que la componen. El formato elegido, Ensayo académico, remite a la posibilidad del acercamiento a un problema y su análisis, así como el despliegue de la posición de quien escribe con respecto al tema elegido.

La Posición de Quién Escribe un Problema y su Análisis

Este título sirve como punto de partida para sostener que no es posible la separación entre las posiciones que se adoptan para analizar cierto problema, las formas o modos que desarrolla tal análisis y el problema en cuestión.

En principio, entendemos que *la posición de quien escribe*, la posición de alguien que se propone una producción teórica sobre determinada área temática, no refiere a una pretendida voluntad o intención transparente, autosuficiente e ilusoriamente cerrada en sí misma. En cambio, la asimilamos como entramado, como composición, como red que habilita o impide ciertas conexiones, que estimula algunas intensidades y que inhibe o coarta otras.

De este modo, y en el caso concreto del desarrollo de este ensayo como producción de conocimiento académico, la cuestión no remite (únicamente) a una toma de posición sino a la posibilidad de dar cuenta de un posicionamiento necesariamente relacional. A tales efectos, el concepto de *conocimiento situado* puede sernos de utilidad pues, en términos generales, sostiene que todo conocimiento se produce en situaciones históricas particulares, en relaciones directas con determinados factores políticos, sociales, culturales (Piazzini, 2014).

Esta herramienta conceptual surge en momentos de fuerte disputa en torno a las características *propias* o a las que debería aspirar el conocimiento científico (neutralidad, universalidad), la validez de los modos en que se produce dicho tipo de conocimiento y su vínculo con relaciones de poder específicas (Piazzini, 2014). Durante las décadas de los años 1970 y 1980 en los Estados Unidos de América (EE.UU.) se observa la emergencia de la *teoría del punto de vista* (*standpoint theory*) como una epistemología social y explícitamente política. La idea que sintetiza su propuesta está relacionada con el privilegio epistemológico que pueden desarrollar aquellas/os que están sujetas/os a estructuras de dominación que sistemáticamente las/los marginaliza y opime; conocer cosas diferentes o conocer mejor ciertas cosas en función del modo en que experimentan y cómo es comprendida tal experiencia se constituye como un diferencial con respecto a quienes ocupan posiciones más favorecidas política o socialmente (Wylie, 2013).

Dentro de este contexto histórico de revisión crítica con respecto a las posiciones epistemológicas tradicionales y en plena discusión política acerca de cuáles voces estarían autorizadas para hablar acerca de qué temáticas y en qué modos, de la mano de las reivindicaciones de movimientos feministas y de los debates que instaló la lucha por los derechos civiles, en los años 1980 Donna Haraway introduce el concepto de *conocimiento situado* dentro de la teoría del punto de vista con el objetivo de desarrollar una teoría feminista de la objetividad (Piazzini, 2014). Entre los postulados de la epistemología positivista, que afirma que la introducción de las perspectivas e intereses de los sujetos cognoscientes configuran sesgos que desvirtúan los procesos objetivos de búsqueda de verdad, y las perspectivas construcciónistas y relativistas que en su crítica a tales epistemologías pueden conducir a la cancelación de la posibilidad de producir

conocimientos objetivos, la propuesta harawayana sostiene que “solamente la perspectiva parcial promete una visión objetiva” (Haraway, 1995, p. 326).

Como respuesta frente a una mirada desde ninguna parte, que salta del cuerpo para reclamar el poder de ver sin ser vista y de representar y evitar la representación, mirada que llevó adelante el proyecto de ciencia positivista, Haraway (1995) desarrolla una “doctrina de la objetividad encarnada”, “objetividad feminista (que) significa, secillamente, conocimientos situados” (p. 324). “La mirada de los conocimientos situados siempre se hace desde algún lugar, como condición para ganar en visiones amplias” (Haraway, 1988, citado en Piazzini, 2014, p. 20). Lo situacional propuesto por Haraway no alude a una “topología de localizaciones fijas, sino de carácter relacional” (Piazzini, 2014, p. 20), y en este sentido las perspectivas feministas de conocimiento situado dirigen su atención hacia “nudos en campos, inflexiones, orientaciones y responsabilidad por la diferencia en campos material-semióticos de significados” (Haraway, 1995, p. 334).

Es en la parcialidad de la visión, en su incompletud y en su composición relacional, que los conocimientos situados encuentran una objetividad posible. Objetividad que busca no tanto una toma de posición como un dar cuenta de la posición que se ocupa, de la posición que ocupamos y que nos ocupa. Afirmarse en el carácter local, parcial y crítico de estas posturas en relación al conocimiento y al sujeto cognoscente admite aperturas a posibles conexiones “llamadas solidaridad en la política y conversaciones compartidas en epistemología” (Haraway, 1995, p. 329).

Sin desconocer las condiciones socio-históricas que dieron lugar a la emergencia del concepto de conocimiento situado: las luchas encarnadas de las mujeres científicas estadounidenses de finales de los 80 y los sentidos político-epistemológicos de esas disputas, se toman algunas dimensiones que pretenden apuntalar la manera en que este texto académico desea llevarse a cabo, así como un modo particular de comprender la producción de conocimiento. En esta línea, las consideraciones del carácter parcial, incompleto, producido, construido, cultural de todo discurso y saber, y la reflexión sobre las relaciones de poder y su influencia en las perspectivas epistemológicas de los sujetos se presentan como lugares deseables desde los cuales posicionarse.

Desde esta perspectiva del conocimiento situado, la escritura también compone un cuerpo en situación y es por ello que a lo largo del desarrollo del trabajo hay una variación de voces que expresan diferentes posiciones y sensibilidades desde las que se enuncia (se utilizan alternativamente la primera persona del singular, la primera persona del plural y la voz pasiva). De la misma manera, son utilizados recursos tipográficos para distinguir en la escritura momentos singulares, palabras de otros cuerpos, subrayar conceptos, darle relevancia a expresiones o desnaturalizar el uso de ciertas palabras en contextos determinados (las palabras cursivas son implementadas a estos efectos).

Retomando la tarea propuesta en este apartado sobre la construcción de una posición y la cuestión de la producción de conocimiento, en relación con la posibilidad de desarrollar el análisis de un *problema*, se sostiene en este trabajo que tales entidades no existen en el mundo objetivo, como datos de la realidad empírica dados en la experiencia inmediata. Antes bien parecería deseable plantear la cuestión en términos procesuales y afirmar que “un problema no existe, solo existe lo problematizado, lo que emerge de un proceso de problematización” (Rodríguez Zoya y Rodríguez Zoya, 2019, p.3).

Problematización es una noción que encontramos en Michel Foucault en los estudios que emprende posteriormente a *Historia de la Locura* (1961). A través de la misma se procura analizar cómo y por qué ciertas cosas (comportamientos, fenómenos, procesos) se convierten en un problema (Foucault, 1988a) y puede ser definida como:

El conjunto de las prácticas discursivas y no discursivas que hace que algo entre en el juego de lo verdadero y de lo falso y lo constituye como objeto para el pensamiento (bien sea en la forma de la reflexión moral, del conocimiento científico, del análisis político, etc.). (Foucault, 1999, p. 371)

Para Rodriguez Zoya y Rodríguez Zoya (2019) la noción de problematización procura pensar los procesos sociales, culturales, epistemológicos, políticos por medio de los cuales un fenómeno se constituye como problema a través del pensamiento, el discurso y la acción de los actores sociales. Una cierta problematización es un objeto del pensamiento constituido como problema por y para ciertos individuos concretos, como respuesta frente a situaciones concretas (Restrepo, 2008). A partir de estos planteos rescatamos algunas ideas-fuerza para los análisis que nos proponemos, como la importancia analítica de los procesos como objeto de estudio y el lugar de la acción en el desarrollo y comprensión de estos últimos (Rodriguez Zoya y Rodríguez Zoya, 2019).

Nos alejamos así de la factualidad de las cosas e intentamos dar cuenta de cómo, de qué manera, a través de qué medios, las cosas llegaron a constituirse como tales, así como observar las prácticas específicas que permiten tal constitución. No existen entonces cosas constituidas como problemas sin procesos de problematización o práctica problematizadora concreta o específica. A su vez, y como característica de la problematización como noción, observamos en estos procesos la emergencia de prácticas (modos de hacer) y discursos (modos de decir) que expresan estrategias heterogéneas y soluciones para afrontar la experiencia problematizada; “se incita el desarrollo de nuevos modos de objetivación, que permiten observar, pensar y hablar sobre objetos completamente nuevos” (Rodriguez Zoya & Rodríguez Zoya, 2019) y se producen nuevos sujetos a través de procesos de subjetivación.

Parece necesario remarcar que todo proceso problematizador se encuentra limitado por los sistemas de pensamiento en los cuáles se inscribe. Éstos sistemas dan forma a las preguntas posibles de realizar, así como a las ideas que pueden concebirse, los conceptos imaginables y los problemas aceptables en ciertos momentos históricos (Rodríguez Zoya & Rodríguez Zoya, 2019). En esta línea, Foucault (1999) sostiene que las problematizaciones son lo que caracteriza la historia del pensamiento, pues el pensamiento no es aquello que constituye una conducta y le adjudica sentido sino “lo que permite tomar distancia con relación a esta manera de hacer o de reaccionar, dársela como objeto de pensamiento e interrogarla sobre su sentido, sus condiciones, sus fines” (p. 359) y lo caracteriza como una libertad en relación con aquello que hacemos, “un movimiento mediante el cual nos desprendemos de ello, lo constituimos como objeto y lo reflejamos como problema” (p. 359). En otro pasaje de su obra, denomina su trabajo como “Historia crítica del pensamiento” (p. 363) y establece que, si por pensamiento se considera “el acto que plantea, en sus diversas relaciones posibles, un sujeto y un objeto” (p. 363), esa historia a la que refiere sería “un análisis de las condiciones en las que se han formado o modificado ciertas relaciones entre sujeto y objeto, en la medida en que éstas constituyen un saber posible” (p. 363). La cuestión entonces pasaría por dar cuenta de los *modos de subjetivación*: lo que el sujeto está obligado a ser, sus condiciones de sometimiento, su estatuto, las posiciones que deberá ocupar en lo real o lo imaginario para llegar a ser sujeto legítimo de tal o cual tipo de conocimiento; de los *modos de objetivación*: las condiciones para que algo llegue a ser objeto de conocimiento, sus condiciones de emergencia como problema que hay que conocer y sus aspectos más relevantes; y finalmente la relación entre esos modos, su desarrollo mutuo y sus vínculos recíprocos, de donde nacen los llamados *juegos de verdad*: “las reglas según las cuales, y respecto de ciertos asuntos, lo que un sujeto puede decir depende de la cuestión de lo verdadero y de lo falso” (p. 364). El análisis de la emergencia de estos juegos de verdad es lo que constituye una historia crítica del pensamiento y asimismo son estos los que regulan los sistemas de pensamiento dentro, sobre, a partir de los cuales las problematizaciones se desarrollan; “cambios en los sistemas de pensamiento se corresponden con cambios en los regímenes de verdad” (Rodríguez Zoya y Rodríguez Zoya, 2019, pp. 7-8).

¿Qué sería necesario para que ciertas cuestiones emerjan como problemas? Mejor dicho ¿cómo se produce un proceso de problematización a través de la distancia que permite la intervención del pensamiento?

Foucault (1999) dirá que para que algo entre en el dominio del pensamiento es necesario que cierto número de factores lo hayan vuelto incierto, lo hagan perder familiaridad o susciten en torno a ése algo un número determinado de dificultades. Frente a esa desnaturalización y pérdida de familiaridad intervendría el pensamiento en forma de

respuestas a tales dificultades; respuestas que no van a estar caracterizadas por uniformidad alguna sino que serán multiformes e incluso contradictorias en sus diferentes aspectos. Múltiples respuestas, varias para un mismo conjunto de dificultades. Podríamos atender, y es menester hacerlo cuando los objetivos son tales, a las similitudes y diferencias de tales soluciones y sin embargo lo que nos convoca es la comprensión de la simultaneidad de las mismas; el punto en el que se enraíza tal simultaneidad, el suelo que las nutre. “Reencontrar, en la raíz de las diversas soluciones, la forma general de problematización que las ha tornado posible” (p. 360), en eso consta el trabajo de una historia del pensamiento y humildemente también el trabajo que pretende desplegarse a lo largo de este ensayo.

Por último, encontramos en la noción de *implicación* una herramienta fundamental para poder dar cuenta de la posición de *quien escribe un problema y su análisis*. Dentro del ámbito del Análisis Institucional, es definida por René Lourau (2001) como “el conjunto de relaciones, conscientes o no, que existen entre el actor y el sistema institucional” (p. 270). Se entiende la institución en el sentido de Castoriadis (2008), como creación imaginaria social que da sentido y forma la realidad social. Manero Brito (1995) sostiene que las implicaciones institucionales diagraman nuestro campo de acción y hasta nuestra acción misma, y en este sentido, el análisis de tales relaciones se configura como un instrumento imprescindible en el intento de desarrollar una labor crítica vinculada con nuestro quehacer. Por su parte, Ardoino (1997) destaca tres características relevantes de la misma: la implicación no es un fenómeno voluntario (se padece), nos sobrepasa (contiene) y es algo a lo que nos sentimos adheridos, a lo cual no queremos renunciar. La implicación no es *bueno ni malo*, está siempre presente como nudo de relaciones, “presente en nuestras adhesiones y no adhesiones, nuestras referencias y no referencias, nuestras participaciones y no participaciones, nuestras sobremotivaciones y desmotivaciones, nuestras investiduras y no investiduras libidinales” (Lourau, 1991, párr. 14);

Viene con nosotros en tanto sujetos sociohistóricos y políticos, y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, las instituciones, en fin, todo aquello que involucre un pronunciamiento o una acción de nuestra parte. Lo deseemos o no estamos involucrados intelectual y afectivamente, sujetos a una particular manera de percibir, pensar y sentir en razón de nuestra pertenencia a una determinada familia, a una cierta clase social, como miembros de una comunidad religiosa, como partidarios de una corriente política, como profesionales de tal o cual disciplina, y esas implicaciones condicionarán nuestros juicios y nuestras decisiones. (Acevedo, 2002, p. 9)

De este modo, lo que es útil o necesario para la ética, para la investigación, para la ética en la investigación es el *análisis de la implicación* (Lourau, 1991), pues es lo que nos habilita a relativizar históricamente nuestras verdades, dando apertura en el campo mismo de intervención a la reflexión sobre nuestro entendimiento (Manero Brito, 1990).

En relación al desarrollo de este ensayo académico como producción de conocimiento, se toman como referencia los planteos de Manero Brito (1995) como orientadores de sentido al recordar que “toda investigación científica consiste en un acto de parcialización, de recorte y resignificación de la realidad, recorte y significación que son la condición misma de su existencia” (p. 252). Dentro de las fuentes científicas del análisis de las implicaciones, destaca “la epistemología como el terreno natural de la interrogación filosófica que guía el análisis de las implicaciones” (p. 255). A partir de los aportes en diferentes áreas del conocimiento, interesa poner el acento en la idea de un *dispositivo de investigación* que produce los fenómenos que desea observar. Otra distinción que merece ser tenida en cuenta se vincula con las diferencias entre las *ciencias* y el *conocimiento de sentido común*, con tradiciones divergentes, formas de desarrollo y procesos de construcción de conocimiento propios; además de un histórico menospicio y desvalorización de las primeras por el conocimiento también llamado popular.

En este sentido, Manero Brito (1995) afirma que la institución científica recorta, a partir de sus propios requerimientos, la complejidad y riqueza de los materiales producidos en el terreno y también actúa desde el futuro determinando la observación desde las finalidades de la investigación. El análisis de la implicación aparece entonces como el desarrollo de la institución que subtiende todo acto de investigación.

De todos modos, la producción de sentidos nunca está enteramente prefigurada o sobre determinada pues “la institución, como momento instituido, está siempre roída por el trabajo de...la negatividad” (p. 261), manifestada a través de desviaciones *ideológicas* en forma de planteamientos a veces descalificadores emanados de la propia institución y a partir de los cuales se observan las tolerancias e integraciones que las instituciones posibilitan; desviaciones *libidinales*, como “nuevas formas irracionalistas que reivindican elementos de una racionalidad más amplia y normalmente negada desde la institución científica” (p. 262); y desviaciones *organizacionales*, como proyectos y contrainstituciones.

A partir de lo esbozado hasta aquí, y más allá de que el presente escrito no forme parte estrictamente de una investigación científica y de que el trabajo realizado en la policlínica Parque Bellán pueda encuadrarse como intervención y no como investigación, se toman los aportes de la noción de implicación y del análisis de la implicación en el sentido de poder examinar nuestras pertenencias institucionales (conscientes e inconscientes) y sus efectos en la problematización de la observación, el análisis y la escritura.

El Gobierno del Consumo

Punto de Partida: Lo que Hacemos, Nuestras Prácticas

Con el objetivo de indagar en esas actividades y tareas que se desarrollan día tras día en la policlínica, que tratan de mitigar, aplacar, amortiguar, en fin, brindar algún tipo de solución a *la cuestión del consumo* o de los *consumos problemáticos de sustancias psicoactivas*, se propone un análisis de la experiencia en Parque Bellán. Experiencia entendida en los términos en que Foucault (2013a) la concibe, como “la correlación, dentro de una cultura, entre campos de saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad” (p. 10).

Cabe aclarar que no sólo se pretende realizar aquí un racconto de las diferentes concepciones o definiciones sobre el problema del consumo problemático, sus consecuencias, las medidas con las que se lo enfrenta o las dificultades que presenta; en este trabajo no se intenta simplemente describir dicho consumo como *positividad*, sino interrogar y analizar cómo distintos elementos o dimensiones hacen a la constitución del problema en cuestión.

A partir de interrogar las prácticas atencionales de esos *consumos problemáticos*, se sigue una cuestión de método a la que apunta Foucault (2007) en su análisis de las prácticas gubernamentales en relación con éhos universales como son el Estado, la sociedad civil y el sujeto, y que esboza del siguiente modo:

En vez de partir de los universales para deducir de ellos unos fenómenos concretos, o en lugar de partir de esos universales como grilla de inteligibilidad obligatoria para una serie de prácticas concretas, me gustaría comenzar por estas últimas y, de algún modo, pasar los universales por la grilla de esas prácticas. (p.18)

La concepción de *prácticas* de Foucault es esbozada por Castro Gómez (2010) como “lo que los hombres realmente hacen cuando hablan o actúan” (p. 28), siempre en acto, manifiestas y no como expresión de algo subyacente a ellas mismas. Las prácticas objetivan y producen las cosas, las sostienen como tales, como campos de acción e intervención. La emergencia de este conjunto de prácticas (ensamblado, entramado) debe atenderse en términos de su especificidad histórica, como respuesta a ciertas necesidades, orientadas a fines, inscriptas en relaciones de poder; y su funcionamiento estudiado como parte de ese ensamblaje, de ese dispositivo que las articula. Al no ser una mera sumatoria sino una articulación, existen reglas según las cuales funcionan dichos entramados: los regímenes de prácticas poseen una racionalidad. La racionalidad en este caso no se

atribuye a un sujeto como un tipo de acción, sino que se refiere al “modo en que funcionan determinadas prácticas históricas” (p. 31). Es importante la distinción en este momento: una cosa es la acción (referida a sujetos particulares) y otra es la práctica (en relación con redes o conjuntos -dispositivos- dotados de una racionalidad). Racionalidad, entonces, es utilizada en el sentido del funcionamiento histórico de prácticas que se insertan en ensamblajes de poder; y lo racional de las mismas está dado por los objetivos que guían las acciones, el cálculo de los medios para su concreción y la elección de estrategias eficaces que permitan que medios y fines se articulen o que los efectos imprevistos puedan ser usados para replantear los fines antes propuestos. Finalmente, son los medios aplicados de manera consciente por la reflexión y la experiencia para el logro de ciertos fines, lo que Foucault llama “tecnología” (p. 34).

A partir de estas claves conceptuales podemos analizar las acciones que se realizan cotidianamente en la policlínica: llamadas telefónicas, llenado de formularios, registro en los programas estadísticos, informes, notas de registro de las consultas, gestión de las listas de espera, entrevistas, confección de consentimientos informados y contratos terapéuticos, entrega de material gráfico, aplicación de test, controles y exámenes médicos, asignación y modificación de turnos en las agendas, recetas de medicamentos, averiguaciones de todo tipo, derivaciones, coordinaciones con otros centros de atención e internación, tramitación de becas y beneficios, reuniones de equipo, capacitaciones. Acciones que se inscriben en determinadas prácticas: psicológicas, médicas, éticas, de vigilancia, de control, protocolares, normativas, institucionales, estadísticas, administrativas, gubernamentales; con una racionalidad que las orienta y cohesiona.

Las acciones mencionadas, como parte de unas prácticas en relación, no se orientan de forma exclusiva a aquellos que presentan un *consumo problemático de sustancias*. Aunque el foco del análisis de este trabajo se centra en tales formas de abordaje, hay que decir que las acciones de los trabajadores técnicos y no técnicos de dicho centro de salud también son objeto de prácticas que las conducen de determinada manera. Tanto el relevamiento de las capacidades técnicas y los saberes que se supone son necesarios para tratar a quiénes consultan, como los registros pedidos a los profesionales sobre las capacitaciones que han recibido para las tareas que les son encomendadas, son ejemplo de insumos que se utilizarán para la confección de planes y estrategias que buscan tener incidencia en las maneras en que los funcionarios de la policlínica desempeñan sus actividades en relación con las personas y el área temática en cuestión. En suma, todas las prácticas consideradas forman parte de una red estratégica que diagrama las acciones en el marco de la intervención sobre el consumo problemático.

Realizar un análisis de las prácticas en términos de los ensamblajes de poder en los que se insertan, nos obliga a replantear la noción de *sujeto de intervención*.

Específicamente en el campo de las políticas públicas se suele establecer una clara distinción entre quienes las ejecutan (operadores) y quienes hacen usufructo o se benefician de las mismas (usuarios, beneficiarios); aquellos sobre los que las políticas intervendrán. Las prácticas que se llevan a cabo en el marco de estas políticas, por ejemplo en el nivel de una policlínica barrial para nuestro caso, son prácticas subjetivantes para todos los sujetos involucrados. En esta línea, desde nuestra posición como futuros profesionales de la psicología, nos proponemos una atención especial sobre los efectos subjetivantes de la práctica psicológica en particular y sobre las prácticas profesionales en general.

Racionalidad Gubernamental

Para dar cuenta de la racionalidad que articula las prácticas que se desarrollan en la atención al consumo problemático de sustancias, creemos pertinente la noción de *gubernamentalidad*, esbozada por Michel Foucault en el marco del curso dictado en el Còllege de France durante los años 1977-1978 llamado *Seguridad, territorio, población* (2006a). A lo largo del mismo, el filósofo se propone el estudio de lo que denomina “biopoder” (p. 15); y de una de sus formas específicas, la *biopolítica*, es decir, el estudio de los medios a través de los cuales aquello que en la especie humana es considerado como sus rasgos biológicos, es objeto de “una política, de una estrategia política, de una estrategia general del poder” (p. 15). Según los planteos del autor, será a partir del s. XVIII que los estados occidentales modernos tomarán en cuenta y a su cargo ése “hecho biológico fundamental de que el hombre constituye una especie humana” (p. 15). De este modo entrarán en el dominio de la conducción y de la regulación estatal ciertos aspectos como la seguridad del cuerpo biológico y la proliferación de la especie, visibilizados de forma concreta en políticas de natalidad, campañas de prevención de enfermedades, reducción de las tasas de mortalidad, acondicionamiento de las ciudades para tales fines, entre otras.

Como parte de las condiciones de posibilidad de dicho proceso de *entrada de la vida biológica* dentro de tal estrategia general del poder, Foucault (2006a) conceptualiza el pasaje, entre los siglos XVI y XVIII, de las sociedades de soberanía y disciplinarias a unas donde priman los dispositivos y tecnologías de seguridad; y enfoca su estudio en el occidente europeo a través de formas de experiencia y racionalidad con el objetivo de dar cuenta de la organización del poder sobre la vida con acento en la cuestión del gobierno.

En este sentido, mediante gubernamentalidad, el pensador francés entiende el poder “en términos de gobierno, una relación entre individuos dada por acciones que tienen como objetivo conducir la conducta, ya sea de uno mismo como las de los otros” (González, 2015,

p. 19). El proceso de gubernamentalización será desarrollado por Foucault para referirse a los cambios en la dinámica del poder acontecidos en el siglo XVIII vinculado con “la nueva cuestión social que surge en el proceso de urbanización de la vida social; con la escasez, la circulación y, especialmente la seguridad” (Grinberg, 2007, pp. 97-98). Foucault (2006a) define gubernamentalidad como

El conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. (p. 136)

Por gubernamentalidad también se entiende la prevalencia del tipo de poder *gobierno* sobre las demás formas (soberanía, disciplina), que induce el desarrollo de una serie de aparatos específicos de gobierno y también de toda una serie de saberes. Por último se la concibe como el proceso a través del cual el Estado de justicia (Edad Media) transmutado en Estado administrativo a lo largo de los s. XV y XVI se gubernamentalizó progresivamente (Foucault, 2006a).

A los efectos del presente ensayo, interesa destacar ciertas precisiones en torno al gobierno entendido como “el modo de dirigir la conducta de individuos o grupos”, “estructurar el posible campo de acción de los otros” (Foucault, 1988b, p. 15). En primer término la no asimilación de tal tipo de poder únicamente con la esfera del Estado. De hecho, lo que destaca Foucault (2006a) es justamente una explosión a partir del s. XVI del “problema del gobierno acerca de cuestiones diferentes y con múltiples aspectos” (p. 110): gobierno de sí (cómo gobernarse), gobierno “de las almas y de las conductas” (p. 110) (cómo ser gobernado) y por último “gobierno de los Estados por los principes” (p. 110) (cómo gobernar a otros). Esa serie de prácticas gubernamentales, de gobierno de diferente índole, alcance y con racionalidades singulares, encuentran en el Estado un lugar privilegiado de codificación: no emanan *del* Estado sino que este último surge como objetivación de tales prácticas (Castro Gómez, 2010). Por lo tanto, podríamos decir que dichas formas de conducción no son privativas de las instituciones que despliegan la actividad estatal, tampoco de la clase política. Por otro lado, resulta pertinente la consideración del rastreo que realiza Foucault (2006a) de los diferentes significados del término gobernar (antes de su unilateralización de sentido político-estatal), significaciones propiamente materiales: cómo avanzar o hacer avanzar por un camino, de qué manera sustentar, dar alimento, subsistir con algo; significaciones morales: cómo conducir a alguien en el sentido espiritual, del gobierno de las almas o de imponer un régimen (a una persona enferma por ejemplo), pero también puede referirse a una relación entre individuos que

adquiere diversas formas: de mando o dominio, verbal, de comercio sexual. Esta amplitud semántica, abarcativa desde acciones como moverse en el espacio, la subsistencia material, los cuidados ejercidos sobre uno mismo o sobre los demás, el ejercicio de un mando, permite visualizar el carácter relacional e interpersonal del gobierno: se gobiernan personas, individuos, colectividades y no territorios o Estados.

Estas apreciaciones son relevantes pues entendemos que las prácticas atencionales de una policlínica municipal pueden ser analizadas en términos de gobierno. Prácticas gubernamentales que se desempeñan día tras día, con ciertos objetivos, a través y apoyadas en determinadas técnicas. La diversidad y amplitud histórica de significados del término gobierno complejiza los sentidos de tales prácticas cotidianas y despliega la posibilidad de pensar críticamente las mismas en su inserción local y singular, pues el gobierno es fundamentalmente relacional e interpersonal. De todos modos, aunque se pueda afirmar que las prácticas de gobierno o las formas de dirigir la conducta de unos individuos sobre otros “son múltiples en una sociedad, se superponen, se entrecruzan, se limitan y a veces se anulan o refuerzan” (Foucault, 1988b, p. 18), y aunque en términos históricos anteceden a la formación del Estado moderno, resulta ineludible la consideración de la relación o el vínculo que se trama entre las prácticas de gobierno que nos propongamos interrogar y el Estado, pues este no es “sólo una de las formas o uno de los lugares -aunque sea el más importante- de ejercicio del poder, sino que de cierta manera todas las otras formas de relación de poder se refieren a él” (Foucault, 1988b, p. 18). Y esta referencia analítica obligatoria se debe a que progresivamente “se ha producido una estatización continua de las relaciones de poder”, “las relaciones de poder se gubernamentalizaron progresivamente, es decir, se elaboraron, racionalizaron, centralizaron bajo la forma o bajo los auspicios de instituciones estatales” (Foucault, 1988b, pp. 18-19).

Sobre este fondo entonces podemos preguntarnos ¿cuáles son y cómo operan las técnicas, los análisis, las reflexiones, los cálculos que se utilizan e intervienen para gobernar una cierta población en un centro de salud del primer nivel de atención? ¿Cuál es esa población con, para, a la cual se trabaja? ¿Qué tipo de saberes se ven involucrados y se producen en relación con tal población? ¿De qué modos se desarrollan procesos de subjetividad? ¿Cómo se gobierna la vida a través de las políticas públicas sociales?

Prácticas y Dispositivos

Para pensar el funcionamiento de las prácticas gubernamentales que son objeto de nuestro análisis, se considera necesaria como grilla de inteligibilidad y prisma reflexivo la imbricación y el solapamiento de las lógicas desplegadas por los distintos dispositivos y mecanismos propuestos por Foucault (de soberanía, disciplinarios, biopolíticos, securitarios

y las técnicas neoliberales del modelo de la competencia empresarial), característicos de sociedades donde las relaciones de poder se organizan de manera diferencial.

Por *dispositivo* entendemos un conjunto decididamente heterogéneo de elementos que comprende

Discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (Foucault, 1985, p. 128)

A su vez, otras acepciones de dispositivo que merecen relevancia para las consideraciones de este trabajo pueden ser esbozadas como 1. la naturaleza del vínculo entre esos elementos heterogéneos y los juegos de cambios de posición y modificación de funciones y 2. a qué urgencia o necesidad, según el momento histórico considerado, el dispositivo como formación responde, es decir, su posición estratégica dominante (Foucault, 1985, pp. 128-129).

Para Foucault (2006b), en la edad clásica (s. XVII y XVIII) se produce una profunda transformación de los mecanismos de poder característicos de las sociedades occidentales: de la antigua potestad del soberano de disponer de la vida de sus súbditos (derecho de hacer morir o dejar vivir), donde el poder es entendido fundamentalmente como captación y apropiación, sobreviene un poder que de ahora en adelante se abocará a la tarea de administrar la vida. Desde entonces, los mecanismos de poder, además de las funciones de captación, se emplearán en incitar, reforzar, controlar, aumentar y organizar las fuerzas vitales sobre las que ejerce sus efectos.

Ese poder sobre la vida, ese biopoder, se desarrolló según dos formas principales, “dos polos de desarrollo enlazados por todo un haz intermedio de relaciones” (Foucault, 2006b, p. 168). Por un lado, el cuerpo entendido como máquina, fue educado, aumentadas sus aptitudes y arrancadas sus fuerzas en pos de obtener de él la mayor utilidad con la menor resistencia posible. Tal docilidad fue asegurada por los “procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano*” (p. 168). La otra forma en que se plasmó ése poder sobre la vida (formada algo más tarde, hacia mediados del s. XVIII), está relacionada con el cuerpo-especie y sus procesos característicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad; problemas objeto de intervenciones y regulaciones específicas, “una *biopolítica de la población*” (p. 168). Esta estrategia del biopoder encuentra expresión operativa a través de los mecanismos securitarios quiénes, orientados hacia la población, insertan estos procesos, estos fenómenos, dentro de una serie de acontecimientos

probables, los incorporan a un cálculo (de costos) y finalmente fijan una media considerada como óptima y límites aceptables para estos acontecimientos (Foucault, 2006a).

Por su parte, Gilles Deleuze (1995) para caracterizar las sociedades de fines del siglo XX, propone una nueva transformación de la organización de los mecanismos de poder. En su concepción, las crisis de las grandes instituciones de encierro (escuelas, cuarteles, hospitales, fábricas) muestran su insuficiencia e innecesariedad en la neutralización de los cuerpos, pues esta se produce hoy “al aire libre” (p. 150). Lo característico de estas “sociedades de control” (p. 150) como las define, está relacionado con la modulación de los deseos de los individuos en espacios abiertos. Deleuze (1995) vincula este pasaje directamente con una mutación del sistema capitalista, y propone el modelo de la empresa para inteligir su modus operandi: en lugar de la repartición de cuerpos en espacios cerrados para extraer de ellos un trabajo útil, el régimen empresarial actúa sobre la motivación de los sujetos, abocados a un proceso de “formación permanente” (p. 155).

Foucault, por su parte, también se había expresado en relación a estas transformaciones al analizar las tecnologías neoliberales de gobierno. Éstas tecnologías operan por regulación sobre un medio ambiente, estimulan la iniciativa de los gobernados, buscan dejar hacer y promueven la “libertad de movimientos para que cada uno encuentre su propio espacio en la economía de mercado” (Castro Gómez, 2010, 216). Conquistar un espacio, un mercado, obliga a los individuos a gestionarse de manera eficaz y a incrementar de manera constante sus activos económicos, intelectuales y afectivos. Modelo de la empresa por tanto, impregnando y modelando el ámbito de las relaciones interpersonales.

Las diferencias mencionadas entre estos mecanismos del poder es analítica, no existe distinción pura, no hay comienzo ni fin definido o datado históricamente de forma absoluta, en cada uno encontramos características de los otros y lo diferencial radica en el acento, en la primacía de las lógicas consideradas según las pertinencias locales. Para pensar el funcionamiento de la policlínica y de las prácticas atencionales que en ella se desarrollan, nos colocamos en el entrecruzamiento, en el punto en el que se intersectan las dinámicas descritas en su relación con aspectos específicos.

La policlínica puede ser entendida como un conjunto de relaciones de diversa índole que organizan de cierta manera un tiempo y un espacio. En relación a este último, en Parque Bellán se observa una disposición particular: la planta se organiza con la sala de espera como lugar principal, todo alrededor de la cual se disponen los consultorios. En línea recta con la puerta, en el centro de la sala de espera, se encuentra la recepción y tras la misma, el espacio destinado para las/os funcionarias/os. La especificidad de las funciones que desarrolla el establecimiento policlínica, necesita de un espacio en cierta medida cerrado sobre sí mismo, un espacio que favorezca la concentración de las fuerzas

productivas que allí se despliegan. El máximo de ventajas obtenibles, por parte de las/los profesionales y funcionarias/os en el desempeño de sus actividades pero también de las/los que hacen uso de dichos servicios, requiere de una protección, de una neutralización de los inconvenientes que puedan interrumpir las dinámicas propias del establecimiento. Este principio, esta pseudo clausura, es parte de la distribución de los individuos que la lógica disciplinaria propone (Foucault, 2013b). Asimismo, en los diferentes sectores que mencionamos dentro del centro de salud, se reconoce esa división en zonas característica de los mecanismos de la disciplina, pues a cada individuo corresponde un lugar según su funcionalidad y cada emplazamiento está pensado para un individuo o para un conjunto de los mismos. El guardia de seguridad se ubica en un escritorio al lado de la puerta, la sala de espera está pensada para las/os usuarias/os y en el sector detrás de la recepción solo ingresarán las/los funcionarias/os de la policlínica. Incluso en los espacios compartidos (consultorios) cada una/uno de las/los que transiten por allí tendrán su lugar adjudicado. A su vez, cada espacio es concebido desde su funcionalidad característica: espacios de espera, de atención, de registro; y la circulación, pero sobre todo la localización espacial de los individuos definirá lugares jerarquizados en un determinado sistema de relaciones (Foucault, 2013b).

A través de éhos espacios segmentados, jerarquizados y pensados para unos individuos particulares, se produce una circulación de cuerpos, de ideas, de voluntades, de deseos, de consumos. Mediante la arquitectura que acaba de describirse, a partir de considerar el emplazamiento del establecimiento material de la policlínica y su ubicación en relación con otros servicios (de locomoción, sanitarios, educativos), a partir de las prestaciones y los modos atencionales allí desplegados, es que se intenta incidir en esas circulaciones que se describen. En este sentido, desde las dinámicas de la seguridad (Foucault, 2006a), podemos considerar la policlínica como parte del acondicionamiento de un medio donde tal circulación se produce. Tal acondicionamiento se hará “en función de acontecimientos o elementos posibles que será preciso regularizar en un marco polivalente y transformable” (p. 40). La conducta de consumir sustancias psicoactivas, y más precisamente la población de *consumidores problemáticos*, será el objeto de esta regulación que, por otro lado, no será nunca definitiva y que tomará en cuenta la ligazón profunda, esencial y biológica de los sujetos que conforman tal población con la materialidad dentro de la cual existen (2006a): condiciones habitacionales, barrios de pertenencia, sitios habituales de consumo, espacios institucionales de tránsito, entre otros.

En relación con la conducta de consumir propiamente dicha, parte de los abordajes implementados en las consultas individuales consta de una organización minuciosa de las actividades y del tiempo de -y con- aquellas personas que intentan modificar sus patrones de consumo. Con el objetivo de reconstruir una rutina que permita desplegar nuevos

hábitos, es frecuente la planificación de la semana, de los días, de cada momento del día. En esa división y segmentación temporal (por ejemplo, días específicos destinados a participar de grupos terapéuticos, horas auto asignadas para determinadas actividades) encontramos esa diagramación, ese establecimiento de ritmos, esa regulación de ciclos de repetición propia de la dinámica disciplinaria (Foucault, 2013b); una utilización exhaustiva, un aprovechamiento cada vez mayor y más eficaz del tiempo. De manera inherente, en esa reestructuración de las rutinas de las personas, se reconoce la potencialidad de los sujetos para mejorar, para ser continuamente mejores; se los alienta a invertir de diversas maneras sus recursos, su tiempo, sus relaciones, sus actividades, con el fin de auto modificarse; se promueven y se intentan viabilizar aquellas conductas que se considera redundará en un aumento de su calidad de vida a partir de adquirir cada vez “nuevas competencias” (Castro Gómez, 2010, p. 219) en relación con la salud, el trabajo, la educación, entre otras áreas vitales. La promoción de esta mejora continua, ininterrumpida, encuentra eco en la propuesta foucaultiana del *empresario de sí* (Foucault, 2007).

Otro aspecto de abordaje durante los encuentros terapéuticos se vincula con la posibilidad de conocer: las sustancias consumidas, cantidad de las mismas, momentos del día y lugares de consumo, estados emocionales que *disparan* tal actividad, personas junto a las que se realiza el consumo. Además, se indaga sobre los sitios dónde y la manera de procurarse tales sustancias, las dificultades para conseguirlas, las consecuencias de su consumo, los aspectos de la vida de la persona que se ven afectados por tal conducta, la existencia de períodos de tiempo sin usar/consumir, la edad de inicio, el modo de administración, los efectos buscados, los períodos de internación, el pasaje por centros de tratamiento, el despliegue de conductas delictivas relacionadas a tales hábitos de consumo, las sensaciones experimentadas y los estados emocionales atravesados antes, durante y después del consumo, los medicamentos utilizados como corolario del abuso o como parte del tratamiento para lidiar con el mismo. A partir de la consideración de estas variables, se manifiesta un modo de comprensión del fenómeno del consumo problemático propio de los mecanismos securitarios (Foucault, 2006a). Éstos, al asentarse sobre el acontecimiento mismo, buscan relevar las prevalencias de los consumos, las sustancias más utilizadas, los efectos más probables, las características de las personas que hacen uso de ellas. A su vez, trabajando sobre la realidad efectiva que configura, en este caso, el consumo problemático de sustancias, intentan regular, modular y afectar los procesos de dicha realidad favoreciendo la interacción entre sus elementos constituyentes (Foucault, 2006a).

En el transcurrir de los procesos terapéuticos, el carácter minucioso en la indagación de las condiciones y situaciones de consumo de las personas contempla una particular concepción en torno a los pormenores de las mismas, en relación con sus detalles. La importancia adjudicada a la observación de cada uno de los momentos de la vida de

aquellas/os que transitan un consumo problemático, así como la invitación a cada uno de los individuos a auto observarse escrupulosamente, remite, por un lado, a esa pretensión disciplinaria de abarcar cada vez más extensamente todos los dominios de acción de los individuos, y, por otro, a la posibilidad de ejercer sobre ellos una visibilidad ininterrumpida (Foucault, 2013b).

De manera simultánea, tales detalles son entendidos por las políticas, los programas y las/los técnicas/os, como parte de procesos necesarios e inevitables (parte de lo que implica el consumo de sustancias psicoactivas), razón por la cual será menester apoyarse en los mismos para la regulación del fenómeno consumo en su complejidad, más que para su impedimento concreto. Esta aceptabilidad de los procesos, propia de los mecanismos de la seguridad, se enlaza con su despliegue en niveles donde la permisividad es fundamental: tales mecanismos permiten y tratan de organizar el desarrollo de circuitos cada vez más grandes apoyados en un dejar hacer (Foucault, 2006a). Dentro de los procesos atencionales en la policlínica, los objetivos relacionados con la conducta de consumo (mantenimiento, reducción, abstención), la articulación y derivación con otros centros e instituciones, la receta y toma de medicamentos, la posibilidad de realizar(se) exámenes médicos, el sostenimiento o la interrupción de las consultas, se presentan como opcionales, con la posibilidad de elegir entre una gama de alternativas que se sustentan en la libertad de cada uno de los sujetos; pues los dispositivos de seguridad solo “pueden funcionar con la condición de que se de algo que es justamente la libertad en su sentido moderno”... “como la posibilidad de movimiento, desplazamiento, procesos de circulación de la gente y de las cosas” (Foucault, 2006a, p. 71). La libertad en este caso no sería ése espacio que se sustraе al poder entendido como gobierno sino como el correlato de la introducción de los dispositivos de seguridad y como técnica del propio gobierno. En el caso de quienes *presentan* un consumo problemático se hace patente esas esferas sobre las cuales se pretende incidir y que son correlativas de esa libertad: lo que los sujetos quieren hacer, lo que piensan hacer, lo que están interesados en hacer. Un poder pensado como “regulación solo capaz de producirse a través de la libertad de cada uno y con apoyo en ella” (Foucault, 2006a, p. 71).

Paradigmas, Marcos Institucionales y Modos Atencionales

Como parte de la experiencia de trabajo en la policlínica, uno de los elementos más significativos en los que podemos dar cuenta, tanto de los pasajes de las diferentes formas organizativas de los mecanismos de poder, como de la mutación de las prácticas gubernamentales, se vincula con el encuentro y enfrentamiento entre paradigmas desde los cuáles se concibe, entiende y aborda el consumo problemático de sustancias.

Al mismo tiempo, parece relevante la reflexión acerca de la imbricación entre dichos paradigmas y los marcos institucionales que permiten su despliegue, así como sobre su permeabilidad en relación con los modos atencionales a personas con consumo problemático que se han venido implementando desde la década de los años 1970 hasta el presente en nuestro país.

Como un primer elemento de acercamiento, cabe destacar que las distintas nominaciones en las estrategias de abordaje acarrean sentidos históricamente configurados que traman los modos en que las mismas son implementadas. La palabra *droga*, de sostenida presencia institucional (por ej.: Estrategia Nacional de Drogas, Junta Nacional de Drogas), designa exclusivamente, para el imaginario de muchas personas, sustancias ilegales, perjudiciales para el organismo humano y asociadas a prácticas y universos simbólicos delincuenciales, peligrosos y nocivos para el conjunto de la sociedad. Por su parte, la utilización de *sustancias psicoactivas* persigue el objetivo de ampliar la comprensión del alcance de este tipo de sustancias (presentes en alimentos, medicamentos, y otro tipo de productos), de sus efectos sobre el organismo de los seres humanos y de la relación con los ámbitos que regulan su circulación. Vale decir, que el uso de ambos términos convive actualmente como parte de los diferentes paradigmas y las instituciones, desplegando formas diferenciales de concebir y abordar los problemas relacionados con el consumo de sustancias.

Dentro de los lineamientos de la actual Estrategia Nacional de Drogas (END) 2021-2025, el enfoque utilizado en las policlínicas de la Intendencia de Montevideo que brindan atención a personas que presentan consumo problemático es el de Gestión de Riesgos y Reducción de Daños (GRRD).

Este enfoque surge como alternativa al llamado *prohibicionismo*: paradigma, estrategia y concepto surgido hace poco más de cien años y de ineludible referencia al papel que la política estadounidense ha desarrollado y desarrolla en referencia a la cuestión del uso de drogas (sustancias psicoactivas), tanto a nivel local como internacional (Russo et al., 2017). Las ideas del prohibicionismo se relacionan con “normas, reglas y sanciones que buscan resguardar y cuidar un determinado estilo de vida en lo privado y en lo social, considerado bueno, verdadero y hasta puro” (Russo, et al., 2017, Nacimiento y crisis del prohibicionismo, párr. 3). Tales lineamientos en el origen de la actual institucionalidad sobre drogas en nuestro país se remonta a la década de 1970, tiempos de gobiernos de facto en Sudamérica, altamente influenciados por la política de EE.UU. en relación con esta temática (Musto, 2021). Así, en 1973 se firma en la ciudad de Buenos Aires el Acuerdo Sudamericano de Estupefacientes y Psicotrópicos, auspiciado por EE.UU., que buscaba armonizar las legislaciones locales según los acuerdos internacionales de las Naciones Unidas sobre el control de drogas; formalizando la Guerra contra las Drogas en el Cono Sur

y materializándose en el endurecimiento de las penas para los delitos de drogas (asimilándose a delitos violentos contra las personas) en las leyes de países como Argentina, Chile y Uruguay (país que, no obstante, mantuvo descriminalizado el uso de sustancias) (Musto, 2021). En su artículo 1, el acuerdo mencionado se expresa en términos de instrumentar las medidas que sean necesarias para el control y la represión del tráfico ilícito, la armonización de las normas penales y civiles, la uniformidad de las disposiciones administrativas que rigen el expendio, la prevención de la drogadicción y el tratamiento, rehabilitación y readaptación de los toxicómanos (“Acuerdo sudamericano”, 1973). En tales términos utilizados y las prescripciones que conllevan, reconocemos los elementos de lógicas disciplinarias que se vienen mencionando: énfasis en la norma, prohibición, diagnóstico, designación y distribución de sujetos, prevención de las conductas de consumo y transformación de los individuos consumidores.

En cuanto a las opciones de tratamiento, la socióloga y criminóloga Clara Musto (2021) reconoce una primera generación de políticas de drogas, caracterizada como “empuje desde abajo” (p. 257), entre los años 1990-2005, con una importante participación de la sociedad civil en las mismas. En tal momento histórico, el mercado de sustancias se expande junto con la apertura democrática y los tratamientos se caracterizan por promover enfoques abstencionistas, en línea y como corolario de los paradigmas importados e impuestos desde la prohibición. No obstante, a principios de la década de los años 1990 también se instalan algunas instituciones que implementan el modelo de reducción de riesgos y daños (en 1991 la ONG Delta y en 1995 la ONG el Abrojo). Existe un punto de inflexión en esas políticas relacionado con la crisis que experimentó Uruguay en el año 2001, crisis económica y social, que vio la introducción del problema de la pasta de base de cocaína (PBC) al mercado local (Musto, 2021). La población que se vio mayormente afectada por el consumo de PBC presentaba altos índices de vulnerabilidad socio-económica y fue asociada a través de los medios masivos de comunicación con un riesgo y una peligrosidad que amenazaba el orden interno del país. Fue estigmatizada y demonizada la sustancia misma a tal punto que la alarma social desencadenada llegó al sistema político que se vio en la obligación de legislar el “problema de las drogas” (p. 260); dando lugar al denominado “empuje desde arriba” (p. 260) entre los años 2005-2020, donde la participación del Estado en las políticas sobre drogas comienza un incipiente desarrollo.

De esta manera, a partir del año 2005, la red de atención en drogas se expande significativamente en Uruguay, aunque el sistema de gobernanza sigue siendo planteado a nivel institucional desde la “guerra contra las drogas” (Musto, 2021, p. 260). En los años subsiguientes, surgen múltiples organizaciones y se producen coordinaciones entre diferentes niveles institucionales con el objetivo de enfrentar y brindar soluciones al tema de los consumos problemáticos de sustancias. En el año 2006, dentro de la órbita de la

Administración de los Servicios de Salud del Estado, se crea en Montevideo el Portal Amarillo, primer centro público residencial especializado en usos problemáticos de drogas, y en los años que siguieron, bajo la égida de la Junta Nacional de Drogas, se sumaron dispositivos residenciales con características similares: Casa Abierta en el departamento de Artigas, Jagüel en Maldonado y Chanaes en San José. Además, desde el año 2013, existen en todo el territorio nacional los dispositivos Ciudadela: centros de información, asesoramiento, diagnóstico y derivación a instituciones que brinden tratamiento. En los últimos años, aunque las primeras iniciativas comenzaron hace más de una década, el Estado uruguayo se orienta hacia las opciones de bajo umbral: tratamientos de baja exigencia que buscan la eliminación de barreras y una mayor accesibilidad de las personas interesadas. Es así que en el año 2012 se crea la Unidad de Asistencia Móvil (UMA), “primer modelo público de atención extramuros de atención a usuarios problemáticos de drogas” (Musto, 2021, p. 263), y también en el mismo año se da inicio al programa Aleros como parte de un convenio entre la Intendencia de Montevideo y la Junta Nacional de Drogas. En lo que respecta al pasado reciente, en el año 2022, 8 policlínicas municipales de la ciudad de Montevideo fueron capacitadas por el Programa de Acción y Prevención para la atención de usuarios o familiares de usuarios problemáticos de sustancias.

El surgimiento y creación de diferentes centros de tratamiento e internación se enmarca en una transformación de las instituciones encargadas de la temática drogas y de una manera más general aquellas que se desempeñan en el ámbito de la salud. Inevitable es la mención al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado en 2007, que mandata a prestadores públicos y privados de salud con respecto a los servicios que ofrecen y en especial los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. En ese sentido, en el año 2013, bajo liderazgo de la Secretaría Nacional de Drogas, se establece una Red Nacional de Atención en Drogas (Renadro) a través de un contrato de fideicomiso entre la Junta Nacional de Drogas, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto del Niño y del Adolescente del Uruguay, la Administración de Servicios de Salud del Estado y la Corporación Nacional para el Desarrollo (Musto, 2021).

De tal manera, desde el año 2005 en adelante, se observa un viraje en cuanto a las actividades de gobierno sobre el tema drogas, sobre el problema del consumo de sustancias, sobre la conducta de utilizar ciertas sustancias. Se expanden y diseminan las instancias a nivel público que reclaman como dominio propio este ámbito; los modos de tratamiento se diversifican (desintoxicación, internación, tratamiento ambulatorio) y las técnicas de abordaje se multiplican. Las instituciones públicas, también muchas privadas, *tienen* qué hacer y *tienen* un qué hacer sobre las personas que deciden utilizar o se ven envueltas con las drogas. Existe un corrimiento en términos de las tecnologías de gobierno también, desde las más propiamente prohibitivas y disciplinarias hacia las que proponen

modulaciones, regulaciones del consumo. Se intenta cada vez llegar a capas más sutiles, más íntimas, más cercanas, de incidencia de las personas. El bajo umbral al que los programas de proximidad apuntan, busca la accesibilidad de las personas a los tratamientos, a formas de aplacar en alguna medida ciertos padecimientos; pero también da accesibilidad a formas de poder que inscribirán en el propio sujeto los modos de sujeción a los cuales deberá remitirse en relación consigo mismo.

El modelo o paradigma de Gestión de Riesgos y Reducción de Daños (GRRD) puede inscribirse dentro de este cambio en las tecnologías de gobierno, acompañando la cada vez mayor institucionalización a nivel público del gobierno de las personas con foco en el consumo de sustancias. La GRRD se caracteriza en el plano de la intervención por “acciones pragmáticas que buscan brindar herramientas para disminuir los efectos no buscados o perjudiciales personales y/o sociales ligados al uso de drogas” (Junta Nacional de Drogas, 2024, p. 1). La *gestión* se relaciona con la posibilidad de regular o administrar los aspectos de una situación para que la misma funcione y en el ámbito del consumo de drogas hace referencia a la capacidad de autorregulación de las personas para desarrollar medidas de cuidado según sus necesidades. Por otra parte, el *riesgo* se entiende como la posibilidad de que ocurran consecuencias negativas para quien consume o su entorno cercano. *Daño y beneficio* se implementan de manera complementaria para establecer si una consecuencia asociada al uso de drogas es percibida por quien la utiliza como negativa (no deseada) o positiva (deseada) (Junta Nacional de Drogas, 2024). En este modelo el énfasis se pone en el riesgo asumido por quien hace uso de las sustancias y no en la sustancia per se o sus efectos. Dentro de los varios objetivos de esta perspectiva encontramos algunos que resultan pertinentes para el desarrollo esbozado: mejora de la calidad de vida de las personas que usan drogas como reducción del deterioro psicosocial y de la exclusión social, favorecer el acceso a la red asistencial, incrementar la retención en el tratamiento y respetar la libertad de los usuarios de sustancias, fomentando el proceso de toma de decisión de las personas.

En suma, dentro de los paradigmas implementados en relación con el uso de sustancias en la historia reciente de nuestro país, encontramos características de los dispositivos disciplinarios y securitarios, con una especial modulación o acento hacia los segundos, que en gran medida pueda adjudicarse a la cada vez más activa presencia de las instituciones del Estado en esta temática.

Particularmente, reconocemos en el enfoque de GRRD una orientación biopolítica, pues busca gestionar, administrar y regular las situaciones y los comportamientos de la población que configuran los consumidores problemáticos. Asimismo, simultáneamente se dirige de manera singular a cada individuo, a cada sujeto particular y en este sentido, la individualización disciplinaria a través del control pormenorizado del empleo del tiempo de

las personas, por intermedio de una vigilancia jerárquica y acompañado de instrumentos normalizadores como los exámenes continuos, se integra como parte del enfoque mencionado. Cabe destacar también, que para la GRRD cada sujeto puede administrarse, regularse, gobernarse. Cada persona tiene la capacidad de administrar los aspectos de una situación, la posibilidad de regular las propias conductas, identificar riesgos y beneficios, autogobernarse. Aquí observamos el giro y el acento de algunas de las tecnologías de gobierno propias de nuestra contemporaneidad, mediadas por aquellas técnicas a través de las cuales los seres humanos se juzgan y actúan sobre sí para volverse mejores de lo que son; una ethopolítica según Nikolas Rose (2012). Para este autor, la definición de la conducta de los seres humanos puede realizarse a través de sus sentimientos, creencias y valores, y son estos elementos que observamos, dentro de otros, los que son problematizados en instancias de consulta con usuarios de sustancias psicoactivas. No solo cuánta cantidad, con quién consumirá y qué efectos adversos le traerá tal conducta sino también qué experimenta antes, durante y posterior al consumo, cómo evalúa sus acciones desde un punto de vista moral y cómo se relaciona su conducta con las apreciaciones que tiene de sus círculos más y menos cercanos en términos de aceptabilidad y valoración; elementos todos que funcionan como superficie donde se apoyan los tratamientos. Ése *mejoramiento de sí* encuentra eco en la propuesta foucaultiana del *empresario de sí*, “alguien capaz de reinventarse constantemente y de gestionar su propio capital humano”, “un gestor de sí mismo” (Castro Gómez, 2010, p. 216). Entendido en estos términos, quien consume drogas de manera problemática es alguien que no consigue gobernarse a sí mismo y en ése sentido deberá pagar las consecuencias de invertir mal su capital humano; sus competencias han sido usadas de manera incorrecta y “ha emprendido un riesgo no calculado racionalmente” (Castro Gómez, 2010, p. 216). Dentro de las tecnologías neoliberales de gobierno, el consumo de sustancias es despenalizado, considerando la necesidad de tratamientos médico-psicológicos y no penales para el consumidor. De este modo se multiplican “las instituciones terapéuticas que intentan hacer que el infractor de la ley se “autosupere”, tenga un mejor conocimiento de sí mismo y aprenda por sus propios medios a gestionar mejor su “capital humano”” (Castro Gómez, 2010, p. 218).

La Figura Consumidor Problemático como Población

Los acontecimientos sobre los que se actúa son característicos y tienen determinada frecuencia de ocurrencia según las poblaciones consideradas: será más o menos habitual que ciertas personas por su edad, sexo asignado al nacer, género, lugar de residencia, clase social definida en términos de ingresos financieros, pertenencia étnico-racial, etc., consuman determinadas sustancias psicoactivas. La conducta de usar/consumir drogas

configura una nueva población que tendrá sus caracteres más notables y pasibles de pensarse en términos de regularidad/irregularidad y continuidad/discontinuidad.

Población es una noción central en el concepto de gubernamentalidad propuesto por Michel Foucault (2006a). En el análisis que realiza sobre el pasaje de los modelos económicos mercantilistas hacia los fisiocráticos y sus correspondientes formas de gobierno (s. XVIII), el filósofo da cuenta de algunas características que son relevantes para las reflexiones que se vienen ensayando.

En primer lugar se considera a la población como “un conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales y a partir de ellos” y “una especie de objeto técnico político de una gestión y de un gobierno” (Foucault, 2006a, p. 93). Tal naturalidad se manifiesta, por un lado, en el hecho de que la población no consta en la mera sumatoria de unos individuos (no es un dato básico) sino que comprende toda una serie de variaciones, depende de un conjunto de variables: climáticas, del entorno material, en relación con las leyes que rigen en determinados lugares/espacios/jurisdicciones, económicas, vinculadas a las costumbres de la gente, de valores morales o religiosos. La dependencia de la población de tales variables impide que la misma sea accesible de manera transparente por la “acción voluntarista y directa del soberano expresada en la forma de la ley” (Foucault, 2006a, p. 94). Cuando se produce el pasaje entre la relación de la población con el soberano (mediada por la ley) hacia la relación entre el gobierno y la población, se complejizan las formas de conducción de ésta última: como elemento de la naturaleza (y con una naturaleza propia podríamos agregar), el límite que puede imponerse a la misma -con el objetivo de encauzarla según ciertos intereses- ya no puede tomar la forma del decreto. De todos modos, y este es uno de los aportes relevantes de los fisiócratas, esta naturalidad variable no es impenetrable, sino que puede ser conocida y es posible de ser intervenida: “permanentemente accesible a agentes y técnicas de transformación, siempre que esos agentes y éas técnicas sean a la vez ilustrados, meditados, analíticos, calculados y calculadores” (Foucault, 2006a, p. 95).

Más allá de los objetos que se dan como análisis en los desarrollos de *Seguridad, Territorio, Población* (2006), encontramos la idea de que para poder gobernar ciertas poblaciones es posible y necesario un saber específico, un conocimiento de las variables que definen a una cierta población, idea que no puede menos que resultarnos familiar al momento de analizar nuestra experiencia en la policlínica: todas las consideraciones sobre los factores que transversalizan a los sujetos consultantes, todos los saberes técnico-disciplinarios que toman parte en la atención que se brinda, todas las formaciones permanentes, cursos y estudios estadísticos involucrados, no solo en el acceso sino en la producción de tal naturaleza de las poblaciones, toman parte en ése direccionamiento, en ése gobierno de la población con la que se trabaja.

Otro aspecto que resulta significativo con respecto a esta naturalidad es el que se desprende de constatar que la población, en definitiva, está constituida por individuos diferentes unos de otros con comportamientos imprevisibles, al menos dentro de ciertos márgenes. No obstante lo cual, existiría una invariante de la población tomada en su conjunto en relación con su motor de acción; su único motor de acción: el deseo (Foucault, 2006a). En este momento histórico (s. XVIII) el deseo reaparece en las técnicas de poder y de gobierno como el elemento que impulsa la acción de los individuos y contra el cual es infructuosa cualquier acción; elemento que, si se lo deja actuar dentro de determinados márgenes y “en virtud de una serie de relaciones y conexiones, redundará en suma en el interés general de la población” (Foucault, 2006a, p. 96). Existe la posibilidad entonces de la producción de un interés colectivo a través de los juegos deseantes, mezcla de la naturalidad de la población y de lo artificial de los medios que se instrumentan para manejarla.

Estas apreciaciones son en extremo pertinentes para dar cuenta de otra capa que se agrega en la dimensión del abordaje individual donde las ganas, el querer, el interés, el deseo en definitiva, es operativizado por diferentes dispositivos que persiguen la regulación de determinadas poblaciones. Todos los énfasis en que las personas deben querer hacer los tratamientos, en que si realmente no hay interés no existe objeto sobre el cual apoyarse para comenzar un proceso atencional (en relación con el uso problemático de sustancias) pueden pensarse en los sentidos expuestos. Al preguntar en una consulta por lo que un usuario de sustancias quiere con respecto a su conducta de consumo (gestionarla, controlarla, reducirla, eliminarla) nos estamos apoyando directamente en ése deseo singular, que iremos modulando y encausando según parámetros de funcionamiento institucional, dinámicas culturales, pautas económicas, valorizaciones morales (Rose, 2012).

La Ciudad como Problema de Gobierno. Política pública

Las cuestiones que vienen siendo mencionadas -la circulación, el medio, la población y su naturaleza- a partir del concepto de gubernamentalidad, están relacionadas a un fenómeno en el que Foucault encuentra uno de los anclajes para explicar los cambios en las tecnologías de poder hacia el siglo XVIII, la ciudad.

El ordenamiento, la regulación, administración, organización, la gobernanza de las ciudades, permiten analizar los mecanismos de seguridad en su surgimiento paulatino, no fechable; pues es menester aclarar que las lógicas desarrolladas en modelos *precedentes* (soberanía, disciplina) no quedan descartadas o superadas sino que se integran y amalgaman en un juego de articulación donde lo que prima es en cuál de las técnicas se

realiza el acento, cuáles imperan en un momento histórico concreto. La ciudad como problema, con problemáticas específicas de su dinámica funcional, habilitó la pregunta en el período comprendido entre el s. XVII y principios del s. XIX acerca de cómo era posible ejercer la soberanía sobre la misma de manera legítima (Foucault, 2006a, p. 85).

Si pensamos en la temática del consumo problemático de sustancias psicoactivas, es posible considerar diferentes aspectos de la misma en relación con la ciudad y su gobierno que podrían ser esbozados como: la ciudad-mercado negro-ilegal-desregulado, problema de la producción, circulación, distribución y comercialización de las sustancias a nivel urbano; ciudad-enfermedad-foco-infeccioso (*la enfermedad de la droga*) que deriva en la ciudad como problema sanitario; la ciudad-segura/insegura y su relación con el crimen organizado-narcotráfico con sus vínculos con la violencia y la muerte; la ciudad y el problema de su subsistencia, con instituciones que permiten su propia reproducción como la familia por ejemplo (*amenazada* por la desintegración que provocan este tipo de situaciones) (Foucault, 2006a).

En definitiva, el consumo problemático es entendido como un problema de la ciudad ante el que diversas respuestas surgen desde diferentes ámbitos, intentando desplegar un cierto gobierno en relación al mismo. En este sentido, el Programa de Acción y Prevención, marco de referencia de los equipos que abordan el consumo problemático de sustancias en las policlínicas municipales, se inscribe en el conjunto de las políticas públicas sociales, políticas de gobierno, pasibles de ser pensadas como “como un conjunto de estrategias dirigidas hacia la conducción de la conducta de la población, en base a unos determinados fines u objetivos políticos” (González, 2015, p. 18)

Para Sonia Álvarez Leguizamón (2008), las políticas sociales “expresan estilos o artes de gobernar particulares sobre ciertas poblaciones, las que se materializan en complejas tecnologías, dispositivos y sistemas de enunciados que permiten el gobierno de los hombres sobre otros hombres, tanto bajo relaciones tutelares como contractuales” (p. 6). Por otro lado, la misma autora las considera como una “forma particular de vínculos sociales recíprocos” (p. 2) que vinculan al Estado, el mercado, las familias y las comunidades, que adquiere la intervención social sobre poblaciones que se perciben como amenaza o en situación de exclusión (y que por lo tanto hay que integrar).

La potencia de estos planteos permite pensar *más allá* de los servicios o bienes concretos que se prestan o brindan como consecuencia de la implementación de una política pública. Para nuestro caso, tales políticas no se traducen únicamente en el servicio de tratamiento que se ofrece en una policlínica que atiende el consumo problemático, no se agotan en un cierto número de consultas, la prescripción de medicamentos, las coordinaciones con centros de desintoxicación e internación o la adjudicación de pases o tarjetas que habiliten el uso del transporte público y la compra de alimentos a precios

subvencionados. De manera simultánea, estas políticas “conforman un entramado de relaciones de poder que implica contraprestaciones recíprocas donde se construyen identidades, lo que implica un campo cultural que permite entender la naturalización de lo social y de las jerarquías sociales” (Álvarez Leguizamón, 2008, p. 2).

Ésas formas particulares de vínculos que producen y que son las políticas sociales se materializan y encarnan en las relaciones interpersonales entre quiénes podemos denominar como los *operadores* de tales políticas (profesionales, técnicos, administrativos) y los *beneficiarios* de (a quienes están dirigidas) las mismas. A través de las actividades propiamente *atencionales* de un centro de salud del primer nivel, se despliegan actitudes y formas de interactuar que dan cuenta de las posiciones diferenciales entre actores, así como de las identificaciones e identidades inherentes a tales lugares simbólicos. La subyugación, el menosprecio, el rechazo, la lástima, la condescendencia, la discriminación, el estigma, la subestimación, la adjudicación de valores morales negativos; pero también la *ayuda* brindada, la guía, el consejo, la evaluación, la escucha, la empatía, configuran una especie de arco de oscilación dónde, desde grados diferenciales, actúan quiénes están encargados de prestar un servicio que busca la atención y promoción de la salud, el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de las personas según ciertos parámetros; y para ello buscará de diferentes modos encausar, corregir, guiar, modular conductas y comportamientos. Carente de adjudicar intenciones perjudiciales en relación con quiénes trabajan y de moralizar el accionar de aquellas/os que se desempeñan como *ejecutoras/es* de las políticas públicas dentro de las instituciones de salud, el objetivo de enumerar ésas maneras de actuar busca dar cuenta de la presencia de ciertas lógicas presentes en su funcionamiento.

En este sentido, Melisa Campana Alabarce (2018), refiriéndose a la realidad argentina de los servicios de salud pública, sostiene que “la lógica asistencial es constitutiva de los dispositivos de salud pública” (p. 40): el estrecho vínculo salud pública-asistencia social generó, según los momentos históricos considerados y las características de su articulación, modalidades particulares de gobierno de la pobreza. Desmarcando la asistencia social de su necesaria y exclusiva inserción dentro de las políticas sociales, la autora concibe la *función asistencial* como un aspecto que transversaliza el conjunto de intervenciones sociales del Estado. Así, dicha función se caracteriza por tener como objetivo el actuar sobre individuos, grupos o poblaciones definidos como pobres según una serie de atributos previamente adjudicados; en general relacionados con la incapacidad de trabajar y las dificultades en la inserción o el reconocimiento comunitario. La pobreza en este caso se constituye como producto de una problematización: un *algo* que, al tornarse pensable, adquiere el estatuto de problema y comienza a ser tenido en cuenta como parte de lo *real*. La pobreza como construcción socio histórica, constituida por las diversas modalidades de

intervención del Estado sobre ciertas poblaciones, convertida, junto con las personas *pobres*, en objeto administrable, gobernable (Campana Alabarce, 2018).

A partir de estos planteos, sobre la articulación histórica entre asistencialismo y medicalización, la extensión de la salud al campo de lo social y el problema del consumo de sustancias en su doble inscripción como problema de los individuos y problemática social, se considera la experiencia y el trabajo en la policlínica Parque Bellán con el objetivo de extraer elementos que permitan observar su concreción material. En este sentido, podemos dar cuenta de cómo la certificación médica es condición de acceso para ciertos beneficios de los planes asistenciales. Ejemplo de ello es el inevitable *paso* por una consulta con médico psiquiatra en el acceso a determinados centros que ofrecen servicios de internación (Portal Amarillo), las constancias de estar *en tratamiento* para recibir becas que autoricen realizar actividades en plazas de deportes del barrio, las *tirillas* (instrumentos con reactivos para comprobar si una persona consumió a partir de muestras de saliva u orina) implementadas como filtro de permanencia en centros residenciales (Casas de Medio Camino, Hogares Asistidos) -pues la abstinencia es requisito para la estadía-. Otros beneficios que son mediados por el centro de salud, ya sea porque la atención se presenta como obligatoria para los mismos o porque las gestiones encuentran su posibilidad y origen en el mismo, están relacionadas con el acceso a boletos de transporte metropolitano (en el entendido de que parte del acceso a los tratamientos se vincula con la posibilidad material de llegar a los lugares donde estos se llevan a cabo) y con la obtención del acceso a insumos básicos (comida, vestimenta, artículos de limpieza e higiene personal, supergás) a través pasos como la Tarjeta Uruguay Social; que también habilita el acceso a los beneficios del Sistema Nacional de Comedores.

La población destinataria de esta política pública es aquella que *desarrolla* o *atraviesa* un consumo problemático de sustancias, y usualmente son personas a las que también se las podría considerar como parte de la categoría *pobreza* a la que hace referencia Campana (2018) en sus planteos. Tanto la incapacidad (pero no entendida en términos de responsabilidad individual) de conseguir trabajo (y trabajo formal especialmente), como la dificultad del reconocimiento y la inserción en redes comunitarias son situaciones que forman parte de la vida de las personas a las que se atendía. De este modo, entendemos que la *función asistencial* produce unos efectos en la consecución de sus objetivos estratégicos. Tales efectos se vinculan con la producción de una experiencia subjetiva de aquellos considerados, y producidos como, pobres y consumidores problemáticos de sustancias. La guía, conducción, administración, el régimen de existencia aceptable para tales sujetos está dado por múltiples parámetros que persiguen un determinado deber ser: uno capaz de insertarse en dinámicas y circuitos laborales, uno que pueda desempeñarse activamente en las lógicas de consumo capitalista que imperan en

nuestros días, pero también uno que cada vez esté más capacitado para auto gestionarse, para administrarse, para evaluar los riesgos y beneficios de sus acciones y para hacer un uso eficiente de sus recursos y de su *capital humano*. En este sentido, los cuidados sobre la salud del cuerpo biológico (pero también, en algún sentido, del alma) son parte de ese biopoder del que Foucault (2007) da cuenta, como una preocupación de la que el Estado (pero no exclusivamente sino como parte de las técnicas del poder contemporáneas) se hace cargo. Hoy podemos pensar también que ese cuidado es progresivamente encargado y delegado en cada uno de los sujetos, como parte del asentamiento de las técnicas de gobierno en los mismos individuos.

Singularización de una Experiencia

Una Historia Posible

Recuerdo el día en que lo conocí: entró al consultorio en el que nos encontrábamos con Paola (psicóloga) y estaba inquieto, nervioso, muy abrigado y de lentes negros. A medida que se fue sacando capas de ropa contó que estaba *como loco*; había consumido (pasta base de cocaína) hasta un rato antes de ingresar a la consulta. “Sentate, respirá ¿tenes frío?” preguntó ella. “Sí” dijo él y acto seguido ella tomó sus manos por un momento.

A continuación Paola me introduce como el nuevo *pasante de psicología*: “va a estar trabajando en la policlínica durante un tiempo”. Le pregunta a Pablo si está de acuerdo con mi presencia y él responde casi automáticamente, ya sabiendo cómo *funciona la cosa* ahí dentro: “sí, sí, todo bien”.

Pienso en esa primera impresión. Recuerdo que me impactó la *irrupción* de su presencia, su agitación, el hecho de que hasta hace momentos estuviera *fumando* y en este instante lo tuviéramos frente a nosotros. Miedo, entre otras cosas, miedo a esa persona; a esa persona bajo los efectos de una droga; *una droga* no, bajo los efectos de la pasta base. ¿De dónde venía ese temor? ¿De qué estaba compuesto? ¿Cuál era la novedad del mismo? Si yo en mi vida, en otras épocas, ya había compartido experiencias, había *curtido la calle* con personas que fumaban pasta. Claro, hoy ocupaba otro rol, me encontraba en otra posición, hoy se suponía que iba a tener que *lidiar* con la realidad de quién tenía delante e intentar (con otros) brindar alguna especie de respuesta, de alivio, de solución, de cambio.

Pablo¹ (29) llegó originalmente a la policlínica a través de su madre, su familia es oriunda del barrio *de toda la vida*. Entre *idas y vueltas* ya llevaba cerca de un año atendiéndose en Parque Bellán y cuando comenzó a venir ella lo acompañaba asiduamente. Él me precedía en la policlínica, conocía a los miembros del equipo a quiénes se refería con sus nombres propios, con quiénes tenía una *familiaridad*. En Bellán, luego me enteré, también atendían a su hija y conocían la historia de su padre y de su hermana.

La familia de Pablo, así como la policlínica Parque Bellán, se asientan en el Paso Molino. Barrio históricamente comercial, con abundante circulación de personas y antaño punto de congestionamiento urbano, por ser la Avenida Agraciada la única en esta parte de la ciudad que conectaba con las principales vías de acceso a Montevideo: la Avenida Carlos María Ramírez (en conexión con la ruta 1) y la Avenida Garzón (haciendo lo propio con la ruta 5). Este enclave nos ubica en un espacio de tránsito, de movimiento, de flujo de bienes y personas, de comercio, de cierto consumo.

Pablo estaba yendo a la policlínica a *atenderse* desde antes que yo me incorporara a trabajar con el equipo. Había comenzado su *tratamiento*, en un momento lo había interrumpido por un período de internación en el Portal Amarillo y ahora se encontraba nuevamente en Parque Bellán. Una vez por semana, quizá a veces más de una vez, con agenda o sin ella, él aparecía solicitando que alguien lo *viera*. Pero no pedía por el médico, la psicóloga o la enfermera sino que preguntaba por Giorgetto (médico), por Paola o Mariana (enfermera).

Durante el año en el que me desempeñé como pasante, tuve la oportunidad de compartir numerosas instancias con Pablo. La atención que brinda la policlínica a personas con *consumo problemático* de sustancias psicoactivas es individual y por lo tanto mi tarea consistía en acompañar al profesional que lo *atendiera*. Su concurrencia se vio interrumpida en cierto período por transitar una nueva internación en el Portal. Durante esta última, recuerdo que realizamos junto con parte del equipo (y por pedido del propio Pablo), una videollamada para *ver cómo venía*.

Cuando culminó su período de internación, volvió a ir semanalmente a la policlínica. Esta vez también se sumaba su permanencia en una *casa de medio camino*, donde pasaba las noches, comía y realizaba diversas actividades relacionadas con el funcionamiento de ese centro. Además, comenzó a participar de algunos grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), recomendado por su perfil no porque presentara consumo de alcohol, y desde Parque Bellán se gestionó la posibilidad de una beca para que realizara actividad física como natación y yoga en la Plaza de Deportes Número 7. También últimamente estaba

¹ Con el fin de preservar la confidencialidad y la privacidad de la persona involucrada el nombre real fue sustituido por “Pablo”.

participando de un curso de tisanería brindado por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP).

Existía cierto consenso en la policlínica en definir a Pablo como una persona hábil, entradora, con capacidad de diálogo, en síntesis, *vendedor*. Que por cierto es su profesión, lo que le *gusta hacer*. En varias oportunidades contaba sobre sus virtudes en tal actividad, recientemente en el rubro de las medias, vendiendo en el Paso Molino, en una feria en el barrio Belvedere, en las ciudades de La Paz y Progreso. Ése había sido uno de sus objetivos a medida que iba *manejando la cuestión del consumo*, volver a trabajar, a vender. Tales habilidades también se manifestaban en relación con su circulación dentro del sistema de salud pública, caracterizado por las demoras y dificultades para conseguir desde ser atendido por un especialista hasta los medicamentos que le eran recetados. De alguna manera, Pablo se las ingeniaba para obtener lo que necesitaba y eso generaba la admiración de quiénes trabajábamos con él en pos del logro de los objetivos que íbamos planteando y construyendo en conjunto.

Los momentos *adversos* también se hicieron presentes. Es significativo el uso de determinadas palabras: estar consumiendo es *estar en carrera* y volver a consumir después de un período de abstinencia es *recaer*. Como se expuso, las recaídas fueron parte de la experiencia y las internaciones también. Pero no sólo en relación al consumo se configuraban las dificultades; la violencia como modo vincular atravesaba la vida de Pablo. Esta se presentaba en diferentes ámbitos, con diferentes tipos de interacciones y de manera diversa con personas diversas. Por ejemplo, en problemas de convivencia en la casa de medio camino, donde, a partir de tener diferencias con un compañero, Pablo duerme mal, está alerta, no quiere descuidarse, piensa que le puede *caer* esa persona, debe estar atento. En otra oportunidad es convocado por un amigo para *apretar* a un tercero que le debe dinero a ése amigo, y entonces se recurre a la agresión física para conseguir lo que desean. O también cuando siente el impulso de hacerle daño a su cuñado (*ir con otro y meterlo en un auto, darle un susto*) porque está, también, *metido en el consumo* y va a pedir dinero a la casa donde vive su hermana (ex pareja de Pablo y madre de su hija). O presente en el vínculo con su padre, con quién tiene una relación distante pero que en momentos irrumpen en su vida y reclama parte de la propiedad de las casas donde viven la madre de Pablo y la familia de la madre de su hija. Violencia también en el momento en que siente la mirada del muchacho que está en la recepción de la plaza de deportes; Pablo dice que lo mira sabiendo que está ahí porque tiene una beca, “*me reconoce, sabe que soy un adicto*”. Y por supuesto la violencia de la muerte de ése que está a la par, de ése espejo de la posible muerte propia, de la cercanía de la muerte todo el tiempo. Ésos compañeros de la casa de medio camino que de repente *agarran y se matan*, se quitan la vida. Y un llanto que brota apretado de sus ojos, unas lágrimas que en ningún otro momento se ha permitido con

quiénes lo atendemos, y que frente a otras situaciones complejas y duras no habían aparecido.

Pablo fue de los primeros *usuarios* que conocí cuando empecé a trabajar junto con el equipo de la policlínica. Él ya era parte del lugar, de sus dinámicas, a él lo *conocían*. Como *pasante* y *practicante* (ambas figuras según la pertenencia institucional que se considere, Intendencia de Montevideo o Facultad de Psicología), hice un pasaje, un tránsito por Parque Bellán que al día de hoy ha concluído. Pablo, sin embargo, continúa, me sucede. En la parte final de mi período de trabajo, compartimos algunos inicios de consulta en formato bi personal (generalmente desalentado; por ser una práctica pre profesional se recomendaba siempre estar acompañado de uno de los técnicos del equipo). Recuerdo problematizar junto a él cierto desacuerdo que planteaba en relación al funcionamiento de la casa de medio camino; estaba muy enojado porque no lo habían dejado irse sin antes hablar con una de las referentes. Hace poco había *recaído* y desde la *casa* querían tener conocimiento sobre lo que iba a hacer, dónde iba a ir, a qué hora iba a volver. Puedo verme intentando reflexionar con él acerca del funcionamiento de los establecimientos institucionales, de las reglas de los mismos, de los compromisos asumidos con ciertas personas, de los acuerdos que posibilitan el trabajo conjunto entre quiénes desean obtener ciertos beneficios y quiénes pueden administrarlos o proveerlos, del orden y su importancia, de la ayuda que se le ha prestado en esa casa, del buen vínculo que tiene con uno de los educadores.

El último día de trabajo de la pasantía fue lunes, día en que regularmente iba a Parque Bellán. Tuvimos varias consultas con la psicóloga, una persona detrás de otra durante un lapso de 4 horas. Pablo estaba agendado ese día con el médico (no siempre se *atiende* a las mismas personas, depende de la disponibilidad de cada técnica/o, momento del proceso de atención y necesidades específicas de la/el usuaria/o). En determinado momento golpean la puerta del consultorio y era él con una torta hecha por su madre. “Para tu despedida”. No era la primera vez que traía regalos pero este era especial, era *para mí*. Hace tiempo que él me llamaba por mi sobrenombre pero en ese momento sintetizó ese pasaje del *pasante de psicología* al *nombre propio*.

Disposición de la Experiencia

Este racconto de algunos hitos del tránsito de Pablo por la policlínica (no equivalente en absoluto a lo inaprehensible e incommensurable de su -o de la- experiencia), este *seguirle la pista*, este rastreo al recorrido compartido con él, busca echar luz sobre la diversidad de elementos heterogéneos que intervienen y componen cierta *realidad*. Elementos que podríamos agrupar o interrelacionar bajo la categoría de *dispositivo*,

entendido en el sentido foucaultiano previamente definido en este trabajo y englobando un conjunto diverso de elementos discursivos y no discursivos. Elementos heterogéneos que incluyen desde la disposición del espacio en diferentes tipos de establecimientos y sus arquitecturas, sus normas de funcionamiento, los diferentes tipos de saberes que circulan, las proposiciones que versan sobre aquello permitido y prohibido, y las que fundamentan su modo de existencia, así como la relación entre estos elementos.

La experiencia de este *usuario*, dentro de la policlínica entendida como parte de los dispositivos de seguridad (Foucault, 2006a) conlleva unos efectos según la posición que ocupa en el mismo. A su vez, se propone que existe una experiencia que es *de* el dispositivo, producida por el mismo, diagramada, configurada, tramada, pero nunca totalmente, definitivamente. La experiencia de Pablo es irreductible a los objetivos que persigue esta organización de elementos heterogéneos pero sin duda está atravesada por sus lógicas, permeada por sus intensidades.

Retomando la definición de dispositivo, podemos distinguir algunos de éhos elementos y su incidencia. En primer término, la policlínica como *instalación arquitectónica* dispone el espacio de un modo particular, condicionando las vivencias de los que allí son atendidos pero también de quiénes trabajan en y para la misma. A partir del decreto, que reglamenta la habilitación de establecimientos asistenciales, encontramos que una Policlínica “es el conjunto de varios consultorios instalados en una misma planta física, que están vinculados entre sí, con una actividad en equipo, y que deberá contar con una Dirección Técnica responsable” (Decreto nº 416/002). A continuación, además de jerarquizar las *Especialidades Básicas* (Medicina General, Pediatría y Ginecología) en las que la policlínica deberá prestar atención, el decreto establece las *condiciones de la planta física*, que incluye la obligatoriedad de que todos los consultorios estén vinculados a la sala de espera, las medidas mínimas de los consultorios según su especialidad, las medidas mínimas de la sala de espera, los equipamientos con que se debe contar acorde a las necesidades de cada especialidad, la cantidad de baños, la existencia de un área para el personal y de un sector administrativo donde deberá funcionar el archivo y el registro médico. Estos lugares específicos para ciertas actividades, estos espacios funcionales, ocupables y transitables por y para ciertas personas recuerdan algunas de las características, aludidas anteriormente en este trabajo, de las técnicas utilizadas por la *disciplina* que describe Foucault (2013b). Si consideramos la policlínica en su atención de la salud y la enfermedad, y justamente por la tarea de localización y selección que ello requiere, se observa el despliegue de un dominio sobre las personas que transitan por ella. La vigilancia médica, en la medida en que realiza registros constantes, es solidaria con otro tipo de controles: *administrativos*, sobre la cantidad y distribución de medicamentos, las curaciones y tratamientos, historias médicas, tipos de enfermedades; *asistenciales*, porque

permiten acceso o no a ciertos beneficios que brinda el Estado a través de las políticas públicas; *estadísticos*, al recabar los datos de cada caso e integrarlos a los programas de procesamiento.

En varias oportunidades vi a Pablo en la sala de espera (valga la redundancia) esperando para ser *atendido*, ocupando el espacio asignado. Otras tantas, compartimos los diferentes consultorios de la policlínica. Tal rotación de consultorios se debe, entre otras razones, a que la *Psicología* no está considerada por el decreto antedicho como una de las *Especialidades Básicas*, no tiene un lugar predestinado con recursos específicos de su *abordaje*. En la sala de espera también me encontré con otras personas. En los primeros meses de la pasantía solía sentarme en la misma, pues el espacio adjudicado, pensado para el *personal de la policlínica*, es bastante reducido y la circulación de personas es constante: además de los técnicos y administrativos, Parque Bellán funciona como lugar donde otros *practicantes* también se desempeñan previo a la conclusión de su formación. La incomodidad, producto de la falta de espacio material y del propio proceso de adaptación progresiva en el que me encontraba, me condujo a una espera en la sala de espera. Encontraba interesante observar y tomar notas de lo que (me) sucedía alrededor. ¿Qué esperábamos los que allí estábamos? Cuidados sobre la salud, una verdad sobre nosotros, ser examinados, la cura, diferentes tipos de habilidades, remedios y medicamentos, alguna clase de beneficio, ser escuchados, un poco de *atención*, hacer *valer nuestros derechos*, asistencia de algún modo, afecto.

Como dije, Pablo solía esperar en la sala de espera, pero también tocaba las puertas de los consultorios en medio de consultas ajenas, llamaba la atención, hablaba con el personal administrativo cuando necesitaba certificados, turnos o recetas para remedios, concurría sin agenda previa, intercambiaba con otras/os que *venían por consumo* y que ya eran habituales; respetaba y evadía esas disposiciones reglamentarias e institucionales del establecimiento. Este tipo de comportamientos era *soportado* por la policlínica y por quiénes allí trabajan, en el sentido de que tales movimientos y circulaciones tenían como soporte sí esas reglas, pero también la manera de interpretarlas, ese modo particular de acatarlas o moverse a través de las mismas. Las reglas, las normas de funcionamiento de la policlínica, estaban presentes en el cotidiano y era habitual escuchar al personal administrativo enunciarlas en determinados momentos: los turnos para ciertas especialidades se daban en días concretos y a horas tempranas en la mañana, la reprogramación de consultas debía realizarse con un determinado tiempo de anticipación, la administración de medicamentos se realizaba a condición de presentar la receta correspondiente y acorde al stock disponible (el centro de salud no cuenta con servicio de farmacia). En el tránsito por Parque Bellán, pude dar cuenta de un modo particular de interjuego entre éas normas y la manera en que los individuos (y en especial ciertas personas) se vinculan con las mismas. Desde la

coordinación del centro, y específicamente desde el equipo que trabaja el *consumo problemático de sustancias*, se proponía a quiénes se *atendían* en el mismo, una escucha, un acompañamiento, un seguimiento, una recepción particular. Un trato que aborda la dimensión singular y compleja de esas realidades que se hacen presente, un *trato* como *acuerdo* también, entre normas de funcionamiento del *establecimiento policlínica*, criterios de inclusión en la atención, objetivos terapéuticos pactados entre usuarios y técnicos, posibilidades materiales temporo-espaciales. También un *trato afectuoso*, permeable, empático, alegre. Y sin dudas en muchos momentos un *trato* como *intento*, desconfiado, frustrado, doloroso y triste. Ese trato, esa atención propia de Parque Bellán, habilitó que muchas de las personas que por allí pasaron, Pablo entre ellas, agradecieran la *ayuda prestada*, que trajeran regalos como *atenciones*, que volvieran a iniciar procesos de atención después de haber abandonado los mismos, que recomendaran e incluso acercaran a otras personas que atravesaban situaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

En el orden de las *instituciones*, se observa la presencia de múltiples actores a través de estrategias, planes, programas, proyectos. Si nos centramos nuevamente en Pablo y su experiencia, observamos su pasaje por diferentes establecimientos, atravesado por varios de estos componentes. En principio, Parque Bellán es una de las 8 policlínicas municipales que fue *capacitada* en el año 2022 por el Programa de Acción y Prevención (Departamento de Desarrollo Social-Intendencia de Montevideo) para la apertura de espacios de atención a personas con consumo problemático. Por su parte, el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas Portal Amarillo, donde Pablo transitó dos internaciones, es dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). La Casa de Medio Camino, lugar en el que actualmente se encuentra viviendo, pertenece a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el curso de tisanería al que en estos meses asiste, es brindado por el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP). Aquí también podría mencionarse la organización Alcohólicos Anónimos (AA): Pablo participa de uno de los grupos semanales organizados por la misma. Por último, la Universidad de la República (UdelaR) es otra de las instituciones que toma parte en esta experiencia a partir de su Programa de Practicantado en Psicología. De este modo, vemos la presencia de diferentes organismos (la mayoría pertenecientes a la órbita estatal) y sus niveles jerárquicos de actuación. Cada una de estas instituciones persigue objetivos diferentes e implementa estrategias, tecnologías y técnicas acordes a tales fines. De todos modos, aquí están conjugadas de manera particular, pues *atienden* a una *población* y a una *problemática* particular: el *consumo problemático de sustancias*. Consumo de sustancias que se configura como un problema de o para la salud, abordado y tratado dentro de una policlínica, un problema con necesidades habitacionales

específicas, para las internaciones (Portal Amarillo) y en los períodos posteriores a las mismas (casa de medio camino), un problema de inclusión laboral (cursos, becas y convenios con INEFOP), un problema como enfermedad (en la concepción de AA).

Un problema, también, en el que intervienen diferentes *saberes* que intentan comprenderlo y dar respuesta a sus múltiples manifestaciones y que, en esa tentativa, lo producen. Los *enunciados científicos*, como una forma particular de saber institucionalizado, analizan las dimensiones de tal problemática según sus grillas de inteligibilidad y es así como a través de la Medicina, por ejemplo, podemos valorar patologías, síntomas, anomalías, enfermedades, parámetros de normalidad y anormalidad biológicos; a través de la Psicología damos cuenta de afectaciones, significados y sentidos en los discursos y acciones de las personas, también síntomas, desórdenes y trastornos, emociones; desde el Trabajo Social podremos observar grados de inclusión social medidos por niveles de ingresos, ocupación, nivel educativo, entre otros. A partir de tecnologías y técnicas particulares como exámenes clínicos, análisis fisiológicos, entrevistas estructuradas o libres, recursos gráficos y lúdicos, encuestas, programas estadísticos, investigaciones, se interviene sobre y se producen unos sujetos particulares. El consumo de sustancias se valora de manera diferencial por cada una de estas disciplinas, pues *ven cosas diferentes*. Pablo se somete a controles médicos regulares, habla y trabaja sobre sus emociones, su conducta y sobre el relacionamiento con otras personas y con el consumo de sustancias; también lleva a cabo gestiones que le permiten acceder a becas deportivas y obtener boletos para viajar en el transporte metropolitano. Un sujeto médico, un sujeto psicológico, un sujeto sobre el cual un cierto *trabajo social* debe ser desplegado, se configura y performa unas maneras de actuar concretas, unos modos de conducirse específicos. La conducta, por tanto, es dirigida por el dispositivo, apoyado para tal cometido en esos saberes disciplinarios. Recordamos aquí la *función estratégica del dispositivo*, esa “manipulación de las relaciones de fuerza para desarrollarlas en uno u otro sentido, ya sea bien para establecerlas o bloquearlas” (Lynch, 2018, p. 138). Tal manipulación, tal manejo de las relaciones de fuerza y su vínculo con formas o tipos de saber, es esbozado por Foucault cuando afirma que

El dispositivo siempre está inscrito en un juego de poder, pero también está ligado a un límite o a los límites del saber, que le dan nacimiento, y, ante todo, lo condicionan. Esto es el dispositivo: estrategias de relaciones de fuerza sosteniendo tipos de saber, y que son sostenidas por ellos. (Foucault, 1985, pp. 130-131)

El sujeto que de tal dispositivo emerge, en este caso, es parte de una *población*: aquella que *presenta* o *atraviesa* un consumo problemático de sustancias. Nos preguntamos si es posible pensar en ciertas características *propias* de tal población,

características que no serían de las personas entendidas singularmente, sino de la *forma* desarrollada a partir del entrecruzamiento de variables propias del dispositivo y que el dispositivo reconfigura para la concreción de dicha *función estratégica*. La primera vez que Pablo llega siento miedo, me siento en peligro, algo del orden de la amenaza. A medida que lo voy conociendo, y como expuse, se va descubriendo alguien con habilidades interpersonales particulares, carismático, simpático, con el don de la palabra, con la capacidad de convencer a otros. En diferentes momentos también se lo vio impulsivo, violento, errático. *Confesó* haber robado, timado, golpeado, mentido, manipulado a diferentes personas. Se podría decir, *vox populi* mediante, que atributos como la peligrosidad, la violencia, la mentira, la desconfianza, la mal intención, son *propios* de aquellos sujetos que han *caído en las drogas* o que *son adictos*. Fernando M. Lynch (2018) analiza las relaciones entre la prohibición de las drogas (entendida como dispositivo) y los procesos de constitución de subjetividad que trae aparejados. Más allá de que en nuestro país el consumo de sustancias psicoactivas (drogas) no esté prohibido, encontramos pertinentes estos planteos para esbozar una posible figura subjetiva del adicto o del consumidor problemático de sustancias. Dicho autor señala cuatro dimensiones que caracterizan tal dispositivo: religiosa, política, sanitaria y jurídica. Lynch afirma que la impronta moral de la prohibición tiene un origen religioso, cristiano y protestante. La prohibición de ciertas drogas por influencia de predicadores puritanos a principios del s. XX en los EE.UU., estuvo marcada por cierto ideal de humanidad relacionado con la sobriedad y la libertad de cualquier dependencia o vicio; un ser humano que “se conduce correctamente de acuerdo con lo dictaminado por las autoridades” (Lynch, 2018, p. 140). En este sentido, la prohibición marca el pasaje en términos históricos del interés metafísico-religioso en la salvación al interés médico-mundano en la vida saludable. En relación con la dimensión política, tal predica religiosa se caracterizó por descalificar ciertas prácticas llevadas a cabo por minorías extranjeras (chinos, negros y latinos principalmente), siendo tales costumbres consideradas “vicios peligrosos que atentarían contra un modo de vida decente (occidental y cristiano)” (Lynch, 2018, p. 142). Junto con el ideal moral de sobriedad se impuso una uniformización de los consumos con el fin de que no pusieran en peligro la eficiencia económica del sistema capitalista ni la normalidad establecida que dictaminó como enfermedad cualquier consumo que estuviera proscrito. Éstas concepciones adquieren eco internacional, como un singular modo de dominación colonial, con la mundialización de la prohibición de las drogas a través de la estrategia de guerra contra *las drogas*. En lo que concierne a la dimensión sanitaria, cabe destacar que la definición de salud que maneja implica también una apología de la sobriedad (que denigra la embriaguez obtenida por determinadas sustancias como patológica) y una concepción de la enfermedad cuya existencia depende únicamente del diagnóstico de las autoridades

médicas competentes sin un necesario malestar de quien (supuestamente) la padece. Tal diagnóstico, a su vez, se funda en una “concepción naturalista” (Lynch, 2018, p. 144) de la enfermedad mental, donde la droga se configura como causa objetiva de determinado efecto subjetivo (de carácter indiscutiblemente nocivo). Con respecto a la dimensión jurídica del dispositivo prohibicionista, Lynch destaca la conjunción en una misma persona de las condiciones de víctima y victimario, poniendo en cuestión las categorías del derecho. Esto se explica porque la conducta de consumir una sustancia prohibida, en principio, no implica o produce un daño para terceros. Esto no aplicaría para nuestra jurisdicción dónde, repetimos, el consumo no está (ni ha estado) penado por la ley (Musto, 2021). De todos modos existe actualmente un *principio de indeterminación*, pues será “conforme a las reglas de sana crítica” (Ley nº 14.294) que un juez podrá determinar si cierta cantidad de determinada sustancia es para consumo personal o para otros fines sí proscritos por la ley. De este modo, vemos cómo se ha ido configurando una forma subjetiva del *consumidor de drogas* construida históricamente a partir del dispositivo prohibicionista, figura que *nace moralizada, patológica, ilegal, amenazante del orden imperante, figura, en suma, sobre la que se ejerce una dirección, una reconducción, un gobierno, un control.*

Cierre y Apertura

Dentro de los devenires posibles de este ensayo, uno que se fue produciendo a medida que avanzaba su escritura, está relacionado con la parte *crítica* del análisis sobre las prácticas atencionales a usuarios de sustancias psicoactivas de la policlínica Parque Bellán.

Si entendemos tales prácticas como prácticas de gobierno, entonces la crítica adquiere un sentido particular, uno pertinente para reflexionar sobre nuestros procederes éticos como futuros psicólogos y profesionales de la salud. Nos referimos al modo en que Foucault concibe la crítica en su trabajo *¿Qué es la crítica? (Crítica y Aufklärung)* (2006c), donde, en principio, la define como una actitud propia del Occidente moderno, una cierta manera de pensar, de decir, actuar, una relación particular “con lo que existe, con lo que sabemos, con lo que hacemos, una relación con la sociedad, con la cultura, también una relación con los otros” (p. 4). Esta actitud, este modo de relación, es sintetizado por el pensador francés a través de la pregunta “¿cómo no ser gobernado?” (p. 7), y lo sitúa como contraparte del fenómeno de “explosión del arte de gobernar a los hombres” (p. 5). De la mano de esta progresiva gubernamentalización de la sociedad moderna —proliferación de los métodos para llevarla a cabo, expansión de los dominios de su ejercicio—, frente a esa

multiplicación de las técnicas y de las instituciones de gobierno, está la pregunta por cómo no ser gobernados y es allí que Foucault ubica la crítica.

Lo que se desprende como actitud crítica entonces, se presenta como aquello que acompaña y simultáneamente se opone a tales artes de gobernar, lo que desconfía, rechaza e intenta limitarlas, actitud crítica que busca escapar de ellas y encontrar su justa medida. En este sentido, la cuestión no pasaría por no ser gobernado de forma absoluta, sino “cómo no ser gobernado de esa forma, por ése, en nombre de esos principios, en vista de tales objetivos y por medio de tales procedimientos, no de esa forma, no para eso, no por ellos” (Foucault, 2006c, pp. 7-8).

Anteriormente en este trabajo, a partir de ciertas consideraciones genealógicas, se intentó reflexionar acerca de cómo determinadas conductas de consumo en relación con sustancias específicas fueron progresivamente objeto de atención, prohibición y gobierno. Asimismo, se intentó rastrear la influencia de las valoraciones en los modos atencionales, los tipos de tratamiento y las principales instituciones que desarrollaron en nuestro país la tarea de abordar y lidiar con estas conductas a partir de la década de 1970 hasta el presente.

A través de la noción foucaultiana de dispositivo, se buscó ponderar la multiplicidad y la relación entre aquellos elementos heterogéneos que intervienen en la conducción de los sujetos que consumen tales sustancias con miras a unos objetivos específicos (prohibición, abstención, regulación, gestión), históricamente determinados por los modos diferenciales de organización de las relaciones de poder característicos de las diferentes sociedades conceptualizadas por Michel Foucault. En este sentido, también se fueron manifestando aquellos saberes, o sistemas de saberes, sobre los que tales mecanismos de poder se apoyan y validan; así como los modos en que los individuos son llamados a reconocerse como sujetos de estos sistemas.

Pensar la policlínica Parque Bellán, y específicamente el servicio de atención a personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, como parte y con las dinámicas propias de los dispositivos descritos nos condujo a problematizar sus prácticas en el entrecruzamiento, en el nexo entre saber, poder y subjetividad.

A su vez, la consideración de que los dispositivos producen su propia experiencia mostraba que no había individuos a partir de los cuales tales dispositivos emergen, no hay unos sujetos detrás, a cargo de los mismos, que son sus creadores o los responsables últimos de su funcionamiento; sin que este hecho signifique la no existencia de jerarquías en los mismos o de juegos diferenciales en términos de quiénes pueden producir tales o cuáles efectos en relación con las distintas posiciones ocupadas en los mismos. Por el contrario, ciertos sujetos se conforman a partir de ése entramado de elementos, a partir de

la naturaleza del vínculo que los conecta y de la función estratégica que el dispositivo despliega.

Lo que se propone, teniendo en cuenta la experiencia de trabajo en la policlínica y retomando la problematización y ampliación de sentido del *sujeto de intervención*, es la posibilidad de cuestionar el hecho de que aquellos sujetos presentados como destinatarios de las políticas públicas (poblaciones objetivo) son en primera instancia y de manera exclusiva, sobre los que las prácticas de gobierno actúan. De manera más precisa, el conjunto de prácticas profesionales, disciplinares, administrativas, de vigilancia, de control, que se despliegan en un centro de salud como Parque Bellán subjetivan a todas/os aquellas/os involucradas/os, aunque evidentemente no impacten de manera similar en quiénes llevan a cabo las diferentes acciones.

En este punto es dónde encontramos de especial relevancia las consideraciones foucaultianas que vinculan gubernamentalización y crítica. Las reglas y normas del establecimiento polyclínica como los horarios habilitados para recibir asistencia, los lugares pensados y destinados dentro de la misma para usuarios y trabajadores; los registros acerca de la actividad de quiénes se desempeñan como funcionarios (marcas de entrada y salida con huella digital, ingresos con claves en las terminales informáticas) así como de quiénes hacen uso de los servicios (búsqueda y actualización de historias médicas, informes, derivaciones); las actividades propiamente terapéutico atencionales (anamnesis médicas, exámenes, entrevistas y test psicológicos); pueden ser considerados como parte de esos mecanismos de poder que, invocando unas verdades (médicas, psicológicas, estatales, estadísticas, morales, filosóficas), sujetan a los individuos y los conducen en la realidad misma, constituyendo ése movimiento característico de la gubernamentalización (Foucault, 2006a).

De manera simultánea, otro movimiento se produce, el de la crítica “por el cual el sujeto se atribuye el derecho de interrogar a la verdad acerca de sus efectos de poder y al poder acerca de sus discursos de verdad” (Foucault, 2006c, pp. 10-11). En este sentido, pensar críticamente sobre lo que hacemos como operadores, como ejecutores de unas políticas públicas determinadas (en este caso de atención a esa realidad nominada como consumo problemático de sustancias) nos obliga a interrogar la función y el nivel de performatividad que las diferentes formas del saber tienen dentro de los dispositivos sanitarios; así como los efectos y la fundamentación en el orden del saber de las técnicas y procedimientos que son utilizados.

Este doble movimiento, no es otro que el que el propio Foucault (2006b) propone en su modo de concebir el poder, entendido como múltiples relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio en que se ejerzan. En este sentido, tales relaciones entran en una especie de juego de luchas y enfrentamientos que las transforma, las refuerza, las invierte;

se producen apoyos de unas relaciones sobre otras, formando cadenas, sistemas; y también sobrevienen corrimientos y contradicciones que aíslan unas de otras. El punto a destacar para los propósitos de este análisis, vinculado con la relación entre gubernamentalidad y crítica, está dado por el hecho de que “donde hay poder hay resistencia” (Foucault, 2006b, p. 116) y esta última nunca es externa al poder. Dado su carácter estrictamente relacional, las relaciones de poder no pueden existir sino en función de una multiplicidad de puntos de resistencia, que ofician como adversario, blanco, apoyo, salientes de una cierta aprehensión; constituyendo “el otro término de las relaciones de poder” (Foucault, 2006b, p. 117), inscribiéndose en las mismas como el irreducible elemento que las enfrenta.

A través de las siguientes consideraciones, pretendemos cribar la experiencia de trabajo en la policlínica como parte de un dispositivo sanitario de amplio espectro que en una de sus múltiples líneas de intervención se aboca al consumo de sustancias como problema al que enfrentar y brindar soluciones. En este sentido, dimensionar algunas formas de resistencia, ciertos puntos que intentan soltarse de las maneras en que el gobierno sobre la vida se manifiesta en tal dispositivo, amerita la consideración del alcance del mismo en niveles molares y moleculares. En primera instancia, se debe tener en cuenta la existencia de una masa de individuos que no acceden a la atención, sobre las que el dispositivo de salud pública en drogas no tendrá influencia. Con respecto al uso de sustancias (como aspecto elegido arbitrariamente por ser del interés temático que nos convoca, pero en relación con una multiplicidad de elementos), otras instancias colectivas podrán ejercer un gobierno sobre tales sujetos: familias, organizaciones comunitarias, asociaciones civiles, grupos de autoayuda, el narcotráfico (con la complejidad que tal fenómeno reviste). Otros individuos, de manera autónoma, decidirán no transitar por tal dispositivo, evitarán ser objeto de una política pública, y se darán, con la relatividad que implica la capacidad de autodeterminarse, una dirección en relación con el vínculo que establecen con ese aspecto específico de su existencia que es el consumo de sustancias psicoactivas. Por último se encontrarán aquellos sujetos que, por un conjunto heterogéneo de condiciones de posibilidad, podrán atravesar por los enclaves concretos, por las materializaciones del dispositivo en cuestión; participando de procesos de tratamiento, recibiendo medicamentos para tales fines, accediendo a diferentes tipos de becas (deportivas, estudiantiles, alimentarias), entre otros modos posibles. El dispositivo sanitario, por acción u omisión, ejerce sus efectos sobre todos estos grupos de individuos; y las resistencias, tanto las que se despliegan dentro de sus concreciones materiales como las que se manifiestan por fuera de su órbita, son elaboradas y producidas de múltiples modos: como negativas y oposiciones pero también de manera activa, afirmativa.

Desde esta perspectiva, enfocando ahora nuestra atención particularmente en relación con lo que ocurre en la policlínica con la atención de usuarios de sustancias psicoactivas, se apunta a cierta identificación de tales resistencias. Nos referimos, en principio, a esas cotidianas, mínimas expresiones de contraconducta esbozadas por los actores que transitamos por Parque Bellán, llevadas a cabo en las interacciones entre los agentes que dinamizan su funcionamiento, pero también presentes en el vínculo con las normas, los reglamentos y el establecimiento. De todos modos, quisiéramos dejar un margen analítico para las formas exemplificadas, pues entendemos que no es posible valorarlas de manera absoluta como resistencias. Estas acarrean con respecto a sí mismas grados de negatividad, y la lectura que se haga de ellas deberá orientarse por la singularidad de su composición acontencidental, evitando una unilateralización interpretativa que considere necesariamente, por ejemplo, toda negación como negación o que impida concebir algunas afirmaciones en su sentido alienado.

Teniendo presente estos recaudos, contemplando estas formas de resistencia en su complejidad y con el objetivo de una apreciación que redunde en una información de las prácticas, se observó en repetidas ocasiones, que quienes estaban en tratamiento por consumo problemático llegaban fuera del horario acordado a las consultas o directamente no asistían a las mismas. Aunque el aviso anticipado de las ausencias es condición para la permanencia dentro de los tratamientos, estas notificaciones no siempre se cumplían por parte de los usuarios. Con respecto a las prescripciones de medicamentos, en referencia a los fármacos recetados y las dosis recomendadas, se comprobó la modificación de las indicaciones que los profesionales determinaban e incluso el abandono de la toma de algunos de las medicinas en cuestión. Asimismo, resulta anecdotico el rechazo de una de las personas atendidas en cuanto a brindar información personal (en ese caso la recaída en el consumo de PBC) para su registro dentro de los programas estadísticos utilizados por el centro de salud (“eso no lo anotes”). También se pudo dar cuenta de tales movimientos contra conductuales durante las instancias de entrevista con las diferentes personas con las que se trabajó, en la forma de reparos o negativas con mayor o menor grado de sutileza contra recomendaciones, sugerencias y consejos que los profesionales realizaban en relación con la posibilidad de realizar ciertas actividades asociadas al manejo del ocio (ejercicio físico, meditaciones, prácticas de escritura), en el mantenimiento, desarrollo o la interrupción de vínculos con terceros o el hecho de frecuentar o no determinados lugares; aspectos problematizados por los técnicos en función de la modificación de los patrones de consumo de las sustancias en cuestión.

En referencia a quiénes se desempeñan como técnicos en el equipo de la policlínica, las capacitaciones relacionadas con diversas temáticas (equidad de género, trabajo sexual y sustancias psicoactivas, utilización de programas estadísticos, entre otras), brindadas por

el Departamento de Desarrollo Social de la IM, eran objeto de resistencia por parte de los profesionales, quiénes demostraban su descontento y desacuerdo con el sentido y la pertinencia de las mismas a la hora de abordar las situaciones que se presentaban día tras día. De manera más sutil, algunas normas relativas al lugar simbólico que ocupa la disciplina médica dentro de un centro de salud, eran socavadas al desestimar el uso de la bata blanca por parte de algunas/os de las/os funcionarias/os. Otro ejemplo de este tipo de desviaciones con respecto a los protocolos de funcionamiento, se evidenció en la atención a personas por fuera o excediendo los horarios estipulados, así como prolongando los tratamientos según criterios acordados por los propios técnicos, en función de las necesidades surgidas de los propios procesos de atención sanitaria.

La distinción entre trabajadores/funcionarios/operadores de la policlínica y las/los usuarias/os de la misma se realiza únicamente con fines analíticos, apuntando a esas diferentes formas de resistencia, a esos dispares modos de contra conducta expresados por unos y otros. De este modo, se enfatiza el hecho de que, de manera diferencial sin duda, todos los que discurren por el dispositivo (o en este caso por el establecimiento como parte de un dispositivo) son objeto de las prácticas que el mismo despliega.

Lo que se pretende destacar es el carácter singular, local, cotidiano y de cercanía con respecto a tales resistencias. Existen modos en que se intenta gobernar las acciones y las conductas de las personas sí, pero al mismo tiempo, inseparables, se manifiestan contrasentidos, evasiones, elisiones. Entendemos las resistencias, como fue sugerido anteriormente, no solo como una forma de la negación, no sólo con la posibilidad de decir no. Las consideramos no únicamente como recurso de confrontación, interrupción, freno, en algunos casos abandono, ausencia. Resistir de manera activa, productiva, es entender la resistencia como afirmación, tomando diferentes cuerpos, manifestándose en diversas situaciones, con múltiples carices. Presente molecularmente (Rolnik, S y Guattari, F., 2006) en las interacciones que pueden establecer dos personas en la sala de espera de una policlínica barrial, en sus gestos amables, considerados y compasivos. Formas de resistir son también prácticas afectivas, una predisposición sensible a la afectación por el otro, una responsabilidad (capacidad de responder) por ése otro, una recepción del drama, en apariencia, ajeno. Son las charlas con las/los usuarias/os de Parque Bellán en los pasillos, las conversaciones con sus familiares por fuera de las consultas, las atenciones más allá de las horas estipuladas para tales fines, la flexibilidad de las condiciones para que las personas puedan ser atendidas. También son los límites marcados a *tiempo*, los encuadramientos, la definición de ciertas reglas de convivencia. Resistencia son las coordinaciones con técnicos, administrativos y familiares de las personas *con consumo problemático* para resolver situaciones, para aplacar diferentes modos de sufrimiento. Resistir es la puesta en juego de las diferencias, es una afrenta contra la condescendencia

y la subestimación, es la elucidación de nuestras posiciones y prácticas a cada momento, sabiéndonos simultáneamente a la par y enfrentados con quiénes trabajamos. Resistencia es la posibilidad de estructurar una demora ante la urgencia de las necesidades cotidianas, es generar las condiciones para que algo se pueda interrogar (Percia, 2002). Resistencia es Pablo y su tránsito por la policlínica, la familiaridad de su nombre y las relaciones personales con las/los que allí trabajan, su asistencia a las consultas en las más diversas condiciones, su búsqueda de transformación, la conversación consigo mismo, su capacidad para moverse entre las normas institucionales, la puesta en habla de los elementos que componen la *realidad polyclínica* como efecto de su presencia, su singularización presente en detalles como regalos hechos, risas compartidas, llantos arrebatados. Resistir son los momentos compartidos con las compañeras del Practicantado, problematizando situaciones, pergeñando alianzas contra los modos instituidos de las instituciones, enfrentando los silencios en las instancias de supervisión. Es la alegría de los mínimos instantes, el humor como herramienta y modo de habitar el presente, el despliegue de una temporalidad otra que la del tiempo productivo. Resistencia es el tiempo cronológico pensando, leyendo, escribiendo este trabajo. Conversando con las voces que lo componen, poniéndolas en diálogo. Resistir es inventar conceptos que habiliten nuevas expresiones singulares: de ser, de estar, de mirar. Resistir es concebir e intentar este ensayo como una experiencia del presente, experiencia de lo que somos actualmente y de la que podamos salir transformados: transformación de la relación que tenemos con nosotras/os mismas/os y con un mundo en el que somos compelidos a reconcarnos (Foucault, 2013c). Experiencia como efecto de alteración que permita rescatar “los posibles no actuales del tiempo en el que vivimos” (Chignola, 2018, p. 226).

Ésos modos singulares de resistir, su constatación empírica, su inmediatez, quizá puedan ser el futuro de este escrito. Según los dominios considerados (una policlínica barrial) ¿cómo se manifiestan las resistencias a las formas de gobierno que allí se ejercen? ¿De qué lugares provienen? ¿Contra qué resisten? ¿Cómo damos cuenta de ellas, en qué formas concretas las observamos? ¿Hasta dónde nos es posible conocerlas y conceptualizarlas según la posición que ocupen en esos dominios? ¿Qué nos dicen acerca de los modos de gobierno de la vida, de las conductas?

Apoyados en la consideración de Foucault (2006b) con respecto a la no existencia del lugar del “gran Rechazo” (p. 116), posición de una resistencia fundamental respecto del poder, sino, en cambio, afirmación, eclosión de varias resistencias, de “puntos de resistencia móviles y transitorios” (p. 117), quisieramos, en principio, plantear la posibilidad de imaginar unas alianzas, unas formas de coordinación entre estas resistencias, un reconocimiento, quizá un acompañamiento de o entre las mismas. De todos modos, las luchas, los enfrentamientos frente a las formas en que las diferentes relaciones de poder se

ejercen, no se confunden, no son intercambiables; experiencia singular de las resistencias ante el poder. En el intento de no indiscriminarlas, de no equiparar sus aspiraciones, y considerando nuestra posición de futuros profesionales de salud para exemplificar, nos preguntamos si es posible acompañar una resistencia desde posiciones asimétricas, jerárquicamente desiguales. Y en esta línea también pueden ser pertinentes las preguntas ¿cómo no minimizar, negar, subestimar, anular ni someter tales formas de resistencia?

Una deriva posible para tal cuestión, la de acompañar una resistencia desde posiciones que a priori podrían estar asociadas con el ejercicio del gobierno, podría expresarse en términos de una transformación, una que se desliza desde la resistencia hacia la crítica. Si la crítica es para Foucault (2006c) “el arte de la inservidumbre voluntaria, de la indocilidad reflexiva” (p. 11), a lo que se podría apuntar, en principio, sería una suerte de elucidación, de mapeo, de rastreo, una “codificación estratégica de esos puntos de resistencia” (Foucault, 2006b, p. 117), una elaboración que permita la comprensión de su especificidad, una inteligibilización que redunde en el aumento de su potencia.

Si se esboza de esta manera la relación entre resistencia y crítica, como transformación o pasaje, se establece una distinción, una diferenciación entre estas dos figuras o momentos. Sin embargo, al no ser el objetivo de estas líneas la clausura sino una producción posible de sentido en este aspecto, dejamos abierta la interrogante acerca del cómo, sobre los modos de esa transformación y de ése pasaje, y más específicamente la pregunta de cómo lograr que las resistencias devengan reflexivas.

Por otro lado, una precaución parece prudente, pues ése movimiento propuesto, ésa reflexión, codificación, ése orden u organización de las formas de resistencia en dirección a la crítica, podría desembocar en un encauzamiento, en un gobierno de las resistencias, en una docilización de las mismas, en un moldeamiento de estas en formas aceptables, funcionales al mantenimiento de las relaciones de poder más institucionalizadas, aquellas que estratifican los dominios, que fijan y estereotipan las posiciones de quiénes en ellos se inscriben.

Otra vía de interés en estas consideraciones, indisociable de las anteriores y destacable por la relevancia que pudiera tener para aquellas/os que se desempeñan en ciertos ámbitos como agentes gubernamentales (para nuestro caso, profesionales de la salud por ejemplo), se asocia con la posibilidad de utilizar las formas de resistencia como un “catalizador químico que permite poner en evidencia las relaciones de poder, ver dónde se inscriben, descubrir sus puntos de aplicación y los métodos que utilizan” (Foucault, 1988, p. 5). A través de este modo de acercamiento a la comprensión de las relaciones de poder, mediante lo que se podría definir como el “enfrentamiento de las estrategias” (Foucault, 1988, p. 5), es posible problematizar la utilización de sustancias psicoactivas: para averiguar lo que significan en nuestra contemporaneidad y cómo se las concibe de manera local,

regional, territorial, quizá deba investigarse lo que sucede en el campo de la prevención (campañas, medios utilizados, poblaciones objetivo), en el ámbito de los tratamientos (desde aquellos que apuntan a la abstención hasta los que se orientan hacia una gestión de las mismas), en la dimensión de su regulación jurídica (leyes, decretos, normas, reglamentos que versan y legislan su producción, su distribución, su comercialización).

Entendemos que esta comprensión de la dinámica de las relaciones de poder a partir del enfrentamiento de las estrategias, atendiendo particularmente a las resistencias que se oponen y enfrentan a las diferentes formas de gobierno de la vida, es relevante para una cierta posición en relación con una práctica de la psicología a la que se pretende apuntar en este trabajo.

Cada vez con mayor frecuencia los conocimientos psicológicos son convocados en el intento de comprender los problemas sociales (UdelaR, 2014) y es en ésa comprensión-producción-direccionamiento de los problemas, de sus dinámicas, de las conductas, donde se considera fundamental, a nuestro entender, un ejercicio filosófico de la práctica psicológica.

Filosófico en el sentido de considerar hasta qué punto el pensar su propia historia (los avatares de su constitución disciplinar, su utilización como herramienta normalizadora en la sociedad moderna, su posición dentro de las instituciones que centralizan el gobierno de la vida de las personas) la puede liberar de aquello que piensa en silencio y permitirle pensar, y hacer, de otra manera (Foucault, 2013a).

Un ejercicio crítico de auto pensarse que de cuenta de su ciclo como positividad, intentando (en cada momento histórico, en relación con los dispositivos de los que ha formado parte) explorar y comprender el pasaje desde su aceptación (invocando y apoyándose en unas formas del saber, desplegando y siendo funcional a ciertas relaciones de poder, y produciendo ciertas subjetividades) al sistema que hizo que la disciplina psicológica fuera, y sea, aceptada como un dominio de la realidad en el cuál los sujetos encuentran y producen una verdad sobre sí mismos, se reconocen y actúan en consecuencia (Foucault, 2006c).

A partir de la elucidación de las condiciones que posibilitaron su emergencia como campo de saber, preguntándonos por su funcionalidad actual en relación con los dispositivos que producen y dirigen la vida, y emparentando con el sentido foucaultiano acerca de la crítica, creemos que la Psicología, la práctica psicológica, “no debe legislar, no dice lo que se debe hacer” (Chignola, 2018, p. 202). Sin embargo, y de nuevo, como un lugar posible para esta práctica entre otros, puede ser utilizada como un instrumento, una herramienta para aquellas/os que luchan, para las/os que resisten y ya no soportan lo que existe. Empleada en procesos de conflicto, de enfrentamiento, en intentos de rechazo, como “un desafío en relación a lo que existe” (Foucault, 1982, p. 76).

En esta propuesta, en este modo de posicionarse dentro de la disciplina, encontramos un lugar deseable para el profesional de la psicología, uno emparentado con las distinciones que realiza Michel Foucault en relación con el trabajo del intelectual. En este sentido, el hacer de este profesional no está orientado a la modelación de la voluntad política, afectiva, conductual, de los otros. En cambio, a través de sus análisis en determinados dominios, apunta a interrogar lo que se postula como evidente, pretende sacudir los hábitos, las maneras de hacer y de pensar, de disipar las familiaridades admitidas, intenta retomar la medida de las reglas y de las instituciones (Ewald, 1985).

Como corolario de este posicionamiento, mejor dicho como movimiento que se realiza de forma simultánea, existe un trabajo sobre el propio pensamiento de quién se desempeña como psicóloga/o. Un trabajo de modificación del propio pensamiento, pero no con un resultado a la manera de una iluminación repentina, ni siquiera una permeabilidad absoluta a todos los movimientos de una coyuntura particular; sino como “una elaboración de sí para sí mismo, una transformación estudiosa, una modificación lenta y ardua motivada por la inquietud de la verdad” (Ewald, 1985, p. 8).

Y es en ése compromiso de la pregunta por la verdad, como un trabajo de historia del pensamiento, a través de las interrogantes acerca de cómo puede constituirse un saber (la psicología para nuestro caso) y de cómo es posible hacer la historia del pensamiento relacionado con la verdad (Ewald, 1985), donde la práctica psicológica se propone como herramienta para realizar una crítica de lo establecido y por lo tanto del pensamiento establecido, razón de ser también en el compromiso por la libertad ante la “violencia instituida, donde se fragua a la vez el sometimiento y el sufrimiento de muchos seres humanos” (Foucault, 1987, p. 12).

Referencias

ACUERDO SUDAMERICANO SOBRE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICAS.
BUENOS AIRES (1973)

https://www.iri.edu.ar/publicaciones_irí/manual/Ultima-Tanda/Narcotrafico/27.3.%20acuerdo%20sudamericano-1973.pdf

Acevedo, M. J. (2002). *La implicación: Luces y sombras del concepto lourauñiano*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós. <https://share.google/7OgxAF1WXwImMBuOn>

Álvarez Leguizamón, S. (2008, 4 y 5 de julio). *Focopolítica y Gubernamentalidad Neoliberal, las políticas sociales*. [Ponencia]. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. https://biopolitica.org/wp-content/uploads/2014/01/sonia_alvarez_gubernamentalidad.pdf

Ardoino, J. (1997). *La implicación*. [Conferencia] Centro de Estudios sobre la Universidad, Universidad Nacional Autónoma de México <https://escuchaloquetemuestro.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/09/11-implicacion-ardoino.pdf>

Campana Alabarce, M. (2018). La matriz asistencial de la salud pública. Aportes desde la gubernamentalidad. *Intervención*, 8(2), 39-73. <https://intervencion.uahurtado.cl/index.php/intervencion/article/view/60/87>

Castoriadis, C. (2008). *El mundo fragmentado*. Caronte Filosofía.

Castro Gómez, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Siglo del Hombre.

Chignola, S. (2018). *Foucault más allá de Foucault: Una política de la filosofía*. Cactus.

Deleuze, G. (1995). *Conversaciones 1972-1990*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS. <https://www.philosophia.cl/biblioteca/Deleuze/Deleuze%20-%20Conversaciones.pdf>

Ewald, F. (1985). La inquietud de la verdad. Entrevista con Michel Foucault. *Historias*, 10, 3-10.

- Foucault, M. (1982). *La imposible prisión*. Anagrama.
- Foucault, M. (1985). *Saber y verdad*. La Piqueta.
- Foucault, M. (1987). *Hermenéutica del sujeto*. La Piqueta.
- Foucault, M. (1988a). On problematization. *History of the Present*, (4), 16-17.
- Foucault, M. (1988b). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
<https://perio.unlp.edu.ar/catedras/wp-content/uploads/sites/96/2020/03/T-FOUCAULT-El-sujeto-y-el-poder.pdf>
- Foucault, M. (1999). *Estética: Ética y hermenéutica*. Paidós.
- Foucault, M. (2006a). *Seguridad, territorio, población : Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006b). *Historia de la sexualidad: la voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006c). ¿Qué es la crítica? (CRÍTICA Y AUFKLÄRUNG) en F. de la Higuera (trad.), E. Bello (trad.) y A. Campillo, *Sobre la Ilustración*, Tecnos.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica : Curso en el Collège de France: 1978-1979*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2013a). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Siglo XXI
- Foucault, M. (2013b). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2013c). *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Siglo XXI.
- González García, D. (2015). *El gobierno de la niñez y la adolescencia en situación de calle: un estudio de la racionalidad de las políticas sociales focalizadas*. [Tesis de Maestría] Universidad de la República. Colibri. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7563>

Grinberg, S. M. (2007). Gubernamentalidad: estudios y perspectivas. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 97-112.

Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinvenCIÓN de la naturaleza*. Cátedra.

Intendencia Montevideo (2025). Resolución Nº 0982/25. CONVALIDAR LO ACTUADO Y APROBAR LA CREACIÓN DEL “PROGRAMA DE ACCIÓN Y PREVENCIÓN”, POR LAS RAZONES MENCIONADAS EN LA PARTE EXPOSITIVA DE LA PRESENTE RESOLUCIÓN. <https://tramites.montevideo.gub.uy/servicio-interno/resoluciones-0>

Junta Nacional de Drogas (s/f). Material de lectura 18. Gestión de riesgos.

Lourau, R. (1991). *Implicación y sobreimplicación*. [Conferencia] El espacio Institucional: la dimensión institucional de las prácticas sociales, Asociación Civil El Espacio Institucional

https://www.academia.edu/31339491/REN%C3%89_LOURAU_Implicaci%C3%B3n_y_sobreimplicaci%C3%B3n

Lourau, R. (2001). *El análisis institucional*. Amorrortu.

Lynch, F. M. (2018). Diagrama de un dispositivo. Prohibición de drogas y constitución de subjetividad. *Runa* (39)2, 137-152.

<https://www.scielo.org.ar/pdf/runa/v39n2/v39n2a07.pdf>

Manero Brito, R. (1995). El análisis de las implicaciones. En M. A. Castillo (Ed.), 3 *Foro departamental de educación y comunicación* (Págs. 317). UAM-X.

Musto, C. (2021). Políticas de atención a usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas: el caso uruguayo. En R. Pires y M. P. Santos (Org.), *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública*. Ipea. CEPAL.

Percia, M. (2002). *Una subjetividad que se inventa. Diálogo, demora, recepción*. Lugar.

Piazzini Suárez, C. E. (2014). Conocimientos situados y pensamientos fronterizos: una relectura desde la universidad. *Geopolítica(s)*, 5(1), 11-33
https://doi.org/10.5209/rev_GEOP.2014.v5.n1.47553

Restrepo, E. (2008). Cuestiones de método: «eventualización» y problematización en Foucault. *Tabula rasa*, (8), 111-132. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39600806>

Rodriguez Zoya, L. G., & Rodríguez Zoya, P. G. (2019). Problematización y problemas complejos. *Gazeta de Antropología*, 35(2), artículo 2
<http://hdl.handle.net/10481/59082>

Rolnik, S. y Guattari, F. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo. Traficantes de Sueños.*

Rose, N. (2012). *Políticas de la vida : biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI.* Universitaria.

Russo, D., Pilatti, A., Paglini, M., Gurvich, D., Cremonte, M., Bekinschtein, P., Sigman, M., Prieto, J., Rieznik, A., Mansilla, J., Damin, C., Calvo, D., Tagliazucchi, E., Zamberlán, F., Pautassi, R., Oviedo-Joekes, E., Godoy, J., Cancela, L. (2017). *Un libro sobre drogas . El gato y la caja.* <https://elgatoylacaja.com/sobredrogas/>

Universidad de la República (2014) *1er Censo Nacional en Psicología. Uruguay - 2014. Perfil sociodemográfico, formación y desempeño profesional.* https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-02/1%C2%BA%20Censo%20Nacional%20de%20Psicolog%C3%ADA%202014_2.pdf

Universidad de la República. (2021). *Convenio entre la Intendencia de Montevideo y la Facultad de Psicología: Implementación de un practicantado en psicología.* <https://share.google/cyLkG4ZYNgvdqpbwXt>

Uruguay (1974, noviembre 11). Ley nº 14.294: Ley de estupefacientes. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-ley/14294-1974/31>

Uruguay (2002, octubre 31). Decreto nº 416/002: Actualízase la normativa vigente en materia de habilidades de establecimientos asistenciales. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/416-2002>

Wylie, A. (2013). Why standpoint matters. En R. Figueroa y S. Harding (Eds.), *Science and Other Cultures: Issues in Philosophies of Science and Technology* (pp. 26-48). Routledge.