

PROYECTOS INDIVIDUALES

INFORME FINAL ACADÉMICO

Informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga.  
Ministerio de Salud de la Nación. Mayo de 2011

## **TÍTULO DE LA BECA**

**ABORDAJE DEL USO DE DROGAS EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. ESTUDIO CUALITATIVO DE PRÁCTICAS Y OBSTÁCULOS**

**APPROACH TO THE DRUG USE IN PRIMARY ATTENTION CENTERS OF THE MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. QUALITATIVE AND QUANTITATIVE STUDY OF PRACTICES AND OBSTACLES**

**Nombre/s y Apellido del becario:**

**Cristian Ariel Del Carlo**

**Categoría de beca:**

**Beca Individual de Iniciación – Salud**

**Pública**

**Nombre/s y Apellido del Director de la beca:**

**Marta Abonizio**

**Lugar donde desarrolló la beca:**

**Centros de Atención Primaria dependientes de la Dirección de Atención Primaria – Secretaría de Salud Pública – Municipalidad de Rosario**

# **INFORME ACADÉMICO FINAL**

**Fuente (s) de financiamiento:**

**El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría iniciación, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.**

## **1. PORTADA**

### **1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

**Abordaje del uso de drogas en los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario. Estudio cuali-cuantitativo de prácticas actuales y análisis de obstáculos a la implementación/profundización de Políticas de Reducción de Daños en Atención Primaria.**

### **1.2. AUTOR**

**Cristian Ariel Del Carlo**

## **2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

**No hubo conflictos de intereses durante la realización del presente trabajo.**

## **3. ÍNDICE**

<b>1. PORTADA .....</b>	<b>2</b>
<b>2. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.....</b>	<b>2</b>
<b>3. ÍNDICE .....</b>	<b>2</b>
<b>4. EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO.....</b>	<b>3</b>
<b>5. ACERCA DEL AUTOR (C.V. ABREVIADO) .....</b>	<b>3</b>
<b>6. AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>3</b>
<b>7. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....</b>	<b>4</b>
<b>8. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>9. OBJETIVOS .....</b>	<b>10</b>
<b>10. MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>11</b>
<b>11. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>12. TABLAS Y GRÁFICOS .....</b>	<b>45</b>
<b>13. DISCUSIÓN.....</b>	<b>46</b>
<b>14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>15. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>50</b>
<b>16. ANEXOS .....</b>	<b>50</b>

#### 4. EQUIPO RESPONSABLE DEL ESTUDIO

**Autor: Cristian Ariel Del Carlo**

**Directora: Marta Abonizio**

#### 5. ACERCA DEL AUTOR (C.V. ABREVIADO)

**Cristian Ariel Del Carlo**  
**11/01/1975**

Psicólogo. Universidad Nacional de Rosario (UNR). 2001.

**Posgrado:**

- \* “Determinantes de la Salud Mental en el Campo de las Ciencias Sociales”. UBA. 2011.
- \* “Introducción al uso de las técnicas multivariantes”. UNR. 2011.
- \* “Estadística para las Ciencias Sociales”. UNR. 2010.

**Reducción de Daños:**

- \* Psicólogo del Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA (CEADS/UNR). Rosario. 2004-2007.
- \* Coordinador Técnico / Equipo Técnico del CEADS/UNR. Diseño y coordinación de Proyectos de Reducción de Daños. 2004-2010.

**Docencia:**

- \* JTP Cátedras Trabajo de Campo (Área Salud) y Trabajo de Campo (Área Laboral) “B”. Facultad de Psicología, UNR. 2004-2012.

**Publicación con Referato:**

- \* “La estrategia de Reducción de Daños y los Derechos Humanos” RAP 48. ISSN 1852-6063.

#### 6. AGRADECIMIENTOS

A María Eugenia de la Cruz (Socióloga), por su imprescindible colaboración en todas las fases del presente trabajo.

A Marta Abonizio (Antropóloga, Doctora en Psicología), por sus sugerencias y apoyo como Directora de la investigación.

A todos los trabajadores de la Salud Pública de la ciudad de Rosario (sin cuya colaboración este estudio no hubiera sido posible), por su trabajo cotidiano.

## **7. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE**

### **7.1 RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** Los Centros de Atención Primaria (CAPs) son el eje del sistema de salud municipal de la ciudad de Rosario. **OBJETIVO:** Elaborar sugerencias para el mejoramiento de la modalidad de abordaje de los problemas derivados del uso de drogas desde los CAPs municipales de Rosario, en función de los logros y obstáculos observados. **MÉTODOS:** Estudio cuali-cuantitativo **RESULTADOS:** Se pudo apreciar la carencia de lineamientos claros en la política pública municipal, siendo la transferencia de recursos públicos hacia el sector privado (ONGs) la principal herramienta que se ofrece a los CAPs como modo de abordaje del problema. Se indagaron múltiples experiencias surgidas de iniciativas locales, la mayoría de ellas con problemas de continuidad debido a la falta de apoyo financiero y de recursos por parte de la administración. Se expone a los equipos locales a responder a la demanda de abordaje de una problemática compleja, careciendo del apoyo necesario, generando en el equipo profesional vivencias de angustia, culpa e impotencia o bien el fatalismo como respuesta defensiva. Se pone de manifiesto una tensión teórica-ideológica entre un modelo clínico asistencial y la necesidad del desarrollo y aplicación de una mayor cantidad de herramientas de trabajo en territorio. **CONCLUSIONES:** Se recomienda 1. Una política de drogas más clara, 2. Un abanico de recursos básicos para los equipos locales, 3. Mayor compromiso político, 4. La intensificación del trabajo intersectorial y 5. Mayor llegada al territorio de políticas públicas de inclusión.

### **7.2 PALABRAS CLAVE**

Salud Pública  
Atención Primaria

Uso de drogas  
Drogadependencias

## 8. INTRODUCCIÓN

### **La salud pública municipal en Rosario**

La ciudad de Rosario se encuentra gobernada desde 1989 hasta la fecha por intendentes del mismo signo político. Desde un comienzo la salud pública se constituyó en uno de los ejes de la gestión, “se puede decir que hubo una priorización clara en salud, si se pasa de menos del 8% del presupuesto municipal en 1989 hasta superar en varios ejercicios el 25% del presupuesto para salud.”<sup>1</sup> Se sostuvo como eje de la gestión en salud a la Atención Primaria de la Salud (APS), convirtiendo a los Centros de Atención Primaria (CAPs) en el centro de la red de salud. En 1990 se crea la Dirección de Atención Primaria (Ordenanza municipal 0769), la cual a partir de 1993 obtuvo asignación presupuestaria específica<sup>1</sup>. El modelo que impulsó está basado en “tres líneas directrices: equidad (igual utilización de servicios a igual necesidad); clínica contextualizante (privilegiar el ámbito domiciliario ambulatorio y considerar a los sujetos en su historia y contexto, promoviendo su autonomía), y participación (construcción colectiva del conocimiento epidemiológico). Estas directrices imponen una gestión descentralizada, que plantea el desafío de definir el espacio de autonomía de los equipos locales [...] sin que se convierta en una anarquía corporativa: la función de la coordinación es sostener esas directrices y asegurar que todo lo que se haga transcurra en ese marco”<sup>1</sup>.

Se constituyeron “equipos de referencia” (en un principio sólo clínicos, pediatras, generalistas y enfermeros para luego incorporar psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos, tocoginecólogos, etc.) con la “adscripción” de una población a cargo. Otros profesionales (en la actualidad psiquiatras, por ejemplo) operan desde una organización matricial. Se conformaron equipos de gestión local y equipos de gestión distrital, abiertos a todos los profesionales de cada centro que desearan involucrarse<sup>1</sup>. El objetivo es que cuenten con autonomía para tomar decisiones y que integre el protagonismo de la comunidad en la definición de prioridades, las estrategias para abordarlas y la evaluación de las acciones.<sup>2</sup>

En el marco de un proceso de descentralización, la ciudad de Rosario fue dividida en seis Distritos (Norte, Noroeste, Sur, Sudoeste, Oeste y Centro), concebidos cada uno de ellos como una unidad territorial de planificación y gestión. El distrito Centro no cuenta con CAPs, siendo en cambio la sede de la mayoría de los Hospitales incluido el Centro de Especialidades Médico Ambulatorias de Rosario (CEMAR), donde funciona también la Secretaría de Salud Pública municipal (SSP). Los 51 CAPs municipales con los que cuenta la ciudad de Rosario se encuentran distribuidos en los cinco restantes.

### **La construcción del Problema “droga” y sus abordajes**

“La droga” se ha convertido en un tema de preocupación social desde hace décadas en la Argentina, preocupación que ha ido en franco aumento en los últimos años. Como toda problemática social reclama intervención tanto del Estado, por un lado, en procura de definiciones políticas y estratégicas, como por otro desde las diversas disciplinas profesionales a las que se les demandan soluciones técnicas. Es así que con el correr del tiempo “La droga” ha sido objeto del entrecruzamiento de diversos discursos (médico, psicológico, jurídico, etc.). Históricamente se han perfilado dos tipos de respuestas para su abordaje: el denominado “Prohibicionismo” y la política de “Reducción de Daños” (RRDD).

El Prohibicionismo se basa en la idea de que el problema radica en la propia sustancia, “la droga”, por lo que instrumenta una serie de acciones tendientes a su erradicación. Estas acciones tienen que ver fundamentalmente con disposiciones legales que prohíben el uso de sustancias psicoactivas pero simultáneamente condicionan los modos de intervención profesional a nivel preventivo y asistencial. En el plano de la Salud Pública, la

instrumentación de estas medidas se realiza frecuentemente a través de campañas de prevención que procuran desalentar el consumo a través de la transmisión de mensajes fatalistas, la asociación de la droga con la muerte, la transmisión de la idea de que el consumo lleva necesariamente a la adicción, etc. El abordaje “Abstencionista” es el correlato a nivel asistencial de la política prohibicionista, compartiendo los mismos supuestos básicos. Se caracteriza por ofrecer una serie de tratamientos tendientes al logro del cese del consumo de sustancias. En muchos casos la condición de permanencia en las instituciones que brindan estos tratamientos es la propia abstinencia, la cual puede llegar a ser compulsiva (régimen de internación a puertas cerradas).

Como alternativa al modelo Prohibicionista-Abstencionista ha surgido hace algunos años la Política de RRDD -Rosario es pionera a nivel nacional en la aplicación de estas políticas a principios de la década de los '90, a través de la labor del Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA (CEADS) dependiente de la Universidad Nacional de Rosario (UNR)-, que intenta no ceñir el problema a los efectos de determinadas sustancias sino complejizar su análisis al poner en juego fundamentalmente la multiplicidad de factores socioculturales, socioeconómicos y psicosociales que lo determinan. Es un planteo que surge de la constatación de que todos aquellos que no quieren dejar las drogas constituyen la mayoría de los usuarios, los cuales quedaban por fuera de las posibilidades de intervención que propone el abstencionismo. Se plantea de esta manera un abordaje pragmático, que apunta a ser una estrategia de intervención en procura de la mejora de la calidad de vida de los usuarios activos. Se basa en la idea de que muchos de los daños asociados al uso de drogas no son consecuencia directa de los efectos fármaco-químicos de la sustancia en sí, sino de una serie de factores que pueden controlarse o reducirse en cierta medida aún en aquellos que continúan con su consumo.

El cese del consumo es una de las formas de cumplir con el objetivo de reducir los daños asociados al uso de drogas, por lo que en principio la RRDD no se opone per se a la abstinencia. Sólo la cuestiona como única manera de abordar el tema drogas. La RRDD se opone fundamentalmente a los presupuestos del prohibicionismo y del abstencionismo, ya que los mismos excluyen completamente la posibilidad de desarrollar intervenciones fuera de la abstinencia. En definitiva, una intervención en procura de ayudar a la abstinencia es perfectamente compatible con la RRDD, lo que no es conciliable en absoluto con esta política es el Abstencionismo y su carga ideológica, ya que parten de presupuestos completamente divergentes.

“Las estrategias de RRDD son básicamente estrategias de inclusión y de ciudadanía, basadas en el respeto por los derechos humanos de las personas que no pueden o no quieren dejar de usar drogas por distintas vías”<sup>3</sup>. El Programa Municipal de Sida de Rosario (PROMUSIDA) ha iniciado acciones inspiradas en la estrategia de RRDD desde el año 2000, comenzando en aquella oportunidad con el intercambio de agujas y jeringas a usuarios de drogas inyectables (UDIs). “Esta última estrategia [RRDD] es la única posible en materia de salud pública, que debe actuar sobre la realidad que se le presenta, para desarrollar proyectos de prevención respecto de ésta vía de transmisión.”<sup>3</sup>

### **El sentido común en relación a las drogas**

Desde comienzos de siglo, a la par de la creciente influencia de los Estados Unidos a nivel mundial, el discurso dominante en relación a la temática ha sido el prohibicionista, impulsado como política de estado por la mencionada potencia. Años de discurso prohibicionista en los medios de comunicación (referido no sólo al tratamiento que la prensa ha dado principalmente al tema, sino a la mayoría de las campañas oficiales de “prevención”), han cimentado fuertes representaciones sociales relacionadas con el tema drogas.

Siguiendo a Denise Jodelet, entendemos por representaciones sociales a “una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social [...] actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación a situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen”<sup>4</sup>. Se trata de un conocimiento espontáneo, nociones de sentido común, que ayudan a interpretar la realidad y correlativamente orientan la acción. Como sostiene Vasilachis de Gialdino, las representaciones sociales son “construcciones simbólicas individuales y/o colectivas a la que los sujetos apelan para interpretar el mundo, reflexionar sobre su propia situación y la de los demás y determinar el alcance y la posibilidad de su acción histórica”<sup>5</sup>.

Es en este sentido que las representaciones sociales adquieren importancia para esta problemática, dada su función de interpretar la realidad y orientar la acción. Las nociones de sentido común relacionadas con el tema drogas, de fuerte anclaje tanto en legos como en profesionales, influyen en la demanda que el “ciudadano medio” exige del tema, así como condicionan las modalidades de intervención y el tipo de respuesta que las diversas instituciones sociales (incluidas las de Salud Pública) brindan a esta demanda.

Muchas de estas representaciones que constituyen el saber popular, “intuitivo”, acerca de las drogas, de forma directa o indirecta menoscaban los derechos de los usuarios de las mismas: a saber, el derecho a ser reconocidos como ciudadanos (individuos con responsabilidades, derechos y obligaciones), a la salud, a la dignidad, a la igualdad, a la educación, al trabajo, a la libertad, a la privacidad, etc<sup>6</sup>. Un abordaje integral en RRDD que contemple la perspectiva de los Derechos Humanos debe necesariamente trabajar teniendo en cuenta la presencia de estas nociones de sentido común fuertemente arraigadas en el imaginario social.

Siguiendo a Oriol Romaní, un abordaje serio del tema implica la construcción de un objeto teórico, lo que supone la superación de las meras nociones de sentido común:

“Si queremos realmente entender lo que pasa y tener una cierta capacidad de intervención, no podemos contentarnos en seguir los prejuicios y estereotipos dominantes sobre un tema. El primer paso tiene que ser siempre el de la construcción del objeto teórico que nos interesa, para superar el sentido común y saber exactamente de qué estamos hablando, qué valor damos a cada concepto, cómo lo jerarquizamos, en qué contexto teórico lo situamos, etc.”<sup>7</sup>.

### **Algunas representaciones sociales frecuentes en relación al tema drogas<sup>8</sup>**

Es muy frecuente encontrar posturas muy radicalizadas en torno al problema, algunas veces actitudes verdaderamente “militantes”. Se evidencia que el tema ha sido objeto de un proceso de “moralización”, en donde es indiscutible que “la droga es mala” (ese precisamente sería el contenido de la representación social correspondiente), siendo por consiguiente un imperativo moral articular la “lucha” contra ella de la forma que sea posible.

Esta demonización del objeto droga tiene serias consecuencias sobre su posible abordaje: finalmente se habla de LA droga, como un objeto unívoco y demoníaco, eliminando cualquier posibilidad de una discusión seria de la temática de LAS sustancias, sus efectos, consecuencias y posibilidades de prevención. Se establece una lógica maniquea donde “buenos” y “malos” quedan perfectamente delimitados, justificándose de esa manera representaciones bélicas tales como “flagelo de la droga” o “cruzada contra las drogas”. Representaciones bélicas que son incentivadas desde hace años a nivel mundial por el gobierno de los Estados Unidos, sirviéndoles de justificación para muchas de sus intervenciones militares (fundamentalmente en Latinoamérica y Asia): la “guerra total contra las drogas”.

Romper con la demonización del objeto droga implica comenzar a hablar de sustancias de muy diversa índole, cuya legalidad o ilegalidad está relacionada con pautas histórico

culturales y no siempre fundada en razones de “adictividad” o toxicidad, con efectos muy diversos y en ocasiones divergentes, determinados no sólo por la sustancia sino por cantidades, formas de uso, contexto de uso, estado del usuario al momento del consumo, etc.

Al respecto podemos recordar la existencia de drogas legales y aceptadas socialmente con una toxicidad y peligrosidad importante (por ejemplo, alcohol), paralelamente a la existencia de otras ilegales y estigmatizadas socialmente cuya peligrosidad es comparativamente menor (ejemplo: marihuana).

Es imposible realizar intervenciones de RRDD en relación a “LA droga”, necesariamente hay que trabajar con “las drogas”, cada una con sus características, sus potenciales peligros y sus correspondientes formas de prevención de riesgos. Y para poder realizar esto necesariamente hay que “desmoralizar” el tema para poder abordarlo técnicamente, analizar la situación en su conjunto y determinar de esa manera las posibilidades de intervención. En conclusión: una intervención “éticamente” aceptable (y técnicamente eficiente) implica abandonar la condena “moral”, respetando de esa manera el derecho a la información de todos los usuarios y de los ciudadanos en general.

Íntimamente ligada con la noción anterior, está la idea fuertemente arraigada de que “las drogas son adictivas”, lo que lleva a identificar al usuario de estas sustancias automáticamente como “drogadicto”, con toda la carga de estigmatización que este calificativo conlleva.

Ya la vieja y difundida clasificación entre “uso”, “abuso” y “adicción” en relación a las sustancias permite instalar la idea de que la adicción no es la única forma de relación posible entre el usuario y su droga de uso. Para que se constituya el fenómeno de la adicción, con sus consecuencias tan nocivas para la salud física y mental del usuario, tienen que darse una serie de condiciones que afortunadamente no se presentan en la mayoría de los casos. Podemos afirmar que del universo de los usuarios de drogas la mayoría se encuadra dentro de un uso “experimental”, “recreativo” o bien en algunas modalidades de uso problemático de sustancias pero que no alcanzan al estatuto de adicción.

Ser adicto no es el destino inexorable de aquellos que hacen uso de sustancias. Es la consecuencia de una constelación de factores de los cuales la sustancia en sí y su efecto farmacológico no siempre son los determinantes en la ecuación.

Podemos tomar la definición dada por Oriol Romani de la dependencia: “organizar el conjunto de la vida cotidiana del individuo alrededor del consumo, más bien compulsivo, de una determinada droga”<sup>7</sup>. La adicción es una patología grave, desde este punto de vista el adicto es un enfermo y en este caso es necesario que el sistema sanitario se encargue de él. Ciertas formas de uso problemático de drogas traen aparejados problemas de salud, por lo tanto también puede hablarse en ese caso de patologías asociadas al consumo, que deben ser tratadas. Pero formas de uso menos nocivas de ciertas sustancias catalogadas como drogas no traen aparejadas necesariamente un menoscabo manifiesto en el estado de salud del usuario: catalogar a todos los usuarios como “drogadictos” y por consiguiente como “enfermos” es un acto grave de discriminación y estigmatización.

Consideramos la expresión “uso de drogas” o “uso problemático de drogas” como categoría más general que la de “drogadenencias”, fenómeno que consideramos más restringido y contenido en los anteriores.

Este tema plantea la cuestión de la intervención en el tema drogas: ¿siempre hay que intervenir frente a fenómenos de consumo?, ¿qué es lo que hay que prevenir: el uso mismo de las sustancias o las modalidades problemáticas de su consumo?

Tratar la problemática de las drogas de una forma científica (alejada de los imperativos moralizantes, resabios de épocas pre modernas, donde la lógica religiosa se imponía a la lógica racional) implica aceptar que existen ciertos consumos de algunas

sustancias que no constituyen un problema en sí mismo, exactamente de la misma manera que no todo consumo de alcohol es problemático (utilizando como ejemplo una droga legal y aceptada socialmente), ni tiene por qué ser objeto de intervenciones “rehabilitadoras” médicas o psicológicas, y mucho menos objeto de una sanción jurídico-penal.

Podemos mencionar algunos de los otros estereotipos de pensamiento que se pueden relevar de la experiencia en terreno: “los usuarios son delincuentes”, la denominada “teoría de la escalada” (la marihuana como droga de inicio, puerta de entrada a otras más tóxicas), o fundamentalmente, la idea de que la RRDD es “apología de la droga y que incentiva su consumo”.<sup>69</sup>

Frente a la lógica moral prohibicionista-abstencionista, la RRDD plantea un espacio de discusión ética, en donde los parámetros de salud no son fijados arbitrariamente por el discurso médico-psi y jurídico penal, sino que promueve su discusión en un contexto de participación comunitaria. Las intervenciones en RRDD pueden pensarse como íntimamente relacionadas con lineamientos propios de la Psicología Social Comunitaria, promoviendo la participación de la propia población beneficiaria en espacios de reflexión que apuntan a la toma de conciencia acerca de los determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención que las atraviesan.

### **El abordaje de la problemática desde la salud pública municipal de Rosario**

En el año 1991 se crea un Centro de Prevención de Adicciones dependiente de la Secretaría de Salud Pública municipal. El mismo se presentaba como un espacio de reflexión interdisciplinaria que ofrecía servicio de asesoramiento, prevención e investigación (carecía de componente asistencial). En el año 1998 editó un libro<sup>5</sup>, disolviéndose dos años después. En 1998 se crea el Programa de Adicciones de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. La asistencia se realizaba por derivación a efectores provinciales o a ONGs. En Agosto de 2007 desde el Programa se realiza una importante investigación sobre las adicciones en la ciudad titulada “Caracterización de la problemática de las adicciones en la ciudad de Rosario”<sup>10</sup>. Poco tiempo después el Programa es virtualmente desmantelado, continuando trabajando sólo un profesional en la actualidad, cuya labor está centrada fundamentalmente en la gestión de las becas para internación, centros de día y acompañamiento terapéutico a través de convenios con ONGs, para pacientes que están siendo atendidos principalmente en los CAPs.

El presente trabajo evaluó el abordaje del uso de drogas en los CAPs de la Municipalidad de Rosario, a partir del punto de vista de sus principales actores: médicos, psicólogos, enfermeros y otros trabajadores.

Se indagaron los modos de abordaje que se implementan en cada efector: tipos de problemáticas detectadas y/o demandadas, formas de admisión, derivaciones, estrategias de intervención implementadas, etc.

Se exploró la opinión de los actores citados acerca de los logros y obstáculos de su labor en relación a la problemática del uso de drogas, indagando posibles formas de mejorarla y/o reformarla. Por último, se analizaron posibles representaciones sociales subyacentes en relación a las drogas.

## **9. OBJETIVOS**

1- Relevar los discursos y prácticas reales desarrollados por el personal de los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario en el abordaje de los problemas derivados del uso de drogas.

2- Indagar las opiniones de los diversos actores pertenecientes a los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario acerca de los modos de abordaje de los problemas derivados del uso de drogas.

3- Analizar las representaciones sociales y los saberes profesionales en torno a las drogas presentes en los actores pertenecientes a los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario.

4- Elaborar sugerencias para el mejoramiento de la modalidad de abordaje de los problemas derivados del uso de drogas desde los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario, en función de los logros y obstáculos observados.

## 10. MATERIALES Y MÉTODOS

### 10.1 Diseño

Se implementó una estrategia eminentemente cualitativa, ya que se procuró interpretar el sentido dado por los actores sociales al fenómeno del uso de drogas y su abordaje.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, relevando los discursos y prácticas implementadas, las opiniones de los actores sociales acerca de las mismas y las representaciones sociales y conocimientos técnicos operantes en relación a las drogas.

El diseño fue de tipo “flexible” (o “emergente”), en consonancia con la estrategia cualitativa<sup>11</sup>, habiéndose reformulado ciertos aspectos de la planificación inicial, a partir de los emergentes del trabajo de campo.

### 10.2 Población y muestra

Universo o población objetivo: personal sanitario y directivo (Jefes, médicos, psicólogos, enfermeros, administrativos y otros profesionales) que trabajan en los CAPs de la Municipalidad de Rosario.

Población accesible. Muestra: se seleccionaron 18 de los 51 CAPs municipales de la ciudad de Rosario, con un criterio de cobertura geográfica a lo largo de los distintos distritos en los que está dividida la ciudad de Rosario. En los centros seleccionados trabajan aproximadamente 300 de los cerca de 1000 trabajadores de los CAPs. Se administraron 128 cuestionarios a diversos trabajadores de CAPs, con edades que oscilan entre 23 a 62 años y una media de 38,6 años, con un fuerte predominio femenino (70,3 %). Paralelamente se entrevistaron 50 sujetos y se observó en forma participante 5 reuniones de equipo de trabajo.

Cabe aclarar que el criterio de “muestreo” tuvo por finalidad asegurar la máxima heterogeneidad de los informantes, pero debido al modelo cualitativo con el que se trabajó se renuncia a la pretensión de representatividad de la muestra con respecto a la población total.

El trabajo de campo se complementó con entrevistas a 10 sujetos cuyo trabajo está relacionado con los CAPs municipales.

### 10.3 Variables

Las técnicas cualitativas de recolección de datos (observaciones, entrevistas, grupos focales) no requieren operacionalización de variables, sino categorizaciones conceptuales.

El instrumento cuantitativo (cuestionario) indagó las siguientes variables:

- 1) Edad
- 2) Sexo
- 3) Profesión
- 4) Centro de Salud
- 5) Prácticas de abordaje del uso de drogas desarrolladas en el efector de salud
- 6) Obstáculos para un correcto abordaje del uso de drogas.
- 6) Opinión del sujeto en relación a la posibilidad de mejorar la atención de estos problemas.
- 7) Representaciones sociales en relación al tema drogas

Las variables 1 a 4 se recogieron por indagación directa.

Las variables 5 a 7 se indagaron a través de preguntas abiertas, las cuales fueron categorizadas y tabuladas para su análisis.

La variable 8 se analizó a partir de una serie de escalas de opinión: del análisis del grado de aceptación o rechazo de una serie de afirmaciones con fuerte contenido ideológico se analizó la opinión y se infirieron las representaciones sociales subyacentes.

#### **10.4 Instrumentos o técnicas de recolección de datos**

Durante el estudio se utilizaron las técnicas cualitativas de entrevista semi estructurada y- observaciones no participantes y participantes, tanto del ámbito de trabajo como de reuniones de equipo de trabajo.

Se aplicó un cuestionario diseñado ad hoc, sus respuestas fueron categorizadas y analizadas cuantitativamente.

Se realizó una triangulación<sup>11</sup> de técnicas (comparación de información obtenida mediante diferentes técnicas) de los datos recogidos a través de los diversos instrumentos para evaluar la validez de los mismos.

#### **10.5 Plan de análisis de los resultados**

Se realizó un análisis de contenido de las entrevistas y las observaciones, buscando interpretar el modo en que los actores sociales significan sus prácticas.

Los resultados del cuestionario se sometieron en primer lugar a un proceso de categorización conceptual para posteriormente realizar un análisis basado en estadística descriptiva.

#### **10.6 Consideraciones éticas**

La presente investigación contó con la aprobación tanto del Comité de Ética de la de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario como del Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Se cumplió con las directivas de la “Guía de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica en Seres Humanos” aprobada mediante la resolución 1490/2007 del Ministerio de Salud de la Nación y se atendió a la Ley 25.326 de Protección de datos personales.

Se tuvieron en cuenta fundamentalmente los siguientes recaudos éticos esenciales de las investigaciones cualitativas<sup>12</sup> el consentimiento informado, la protección del anonimato y el resguardo del uso abusivo de poder en la relación entre el investigador y los informantes.

Consentimiento informado: es el acuerdo inicial que sella la colaboración entre el investigador y los informantes. La posibilidad de cancelar el acuerdo por parte de los informantes es parte fundamental del mismo. Se procedió a la firma de un documento de consentimiento informado para cada una de los sujetos que accedieron a la entrevista.

Protección del anonimato: implica la no revelación de informaciones que pueda hacer posible la identificación de los informantes. Para tal efecto, de los mismos sólo se consignan la profesión y el distrito donde trabaja cada sujeto que es citado, protegiendo tanto el anonimato del trabajador en particular como el de su centro de atención. Se eliminaron nombres propios y de instituciones que pudieran identificar el CAP de referencia, reemplazándolos con la inscripción “N” (Ejemplo: “Comisaría N”). Por último, se han realizado mínimas modificaciones en la redacción (pronombres personales, tiempos verbales, etc.) con respecto a la literalidad de los registros de campo, persiguiendo la misma finalidad.

Resguardo de las relaciones de poder abusivas: una postura ética implica el establecimiento de una relación de confianza en la que se asegura el derecho de los informantes a no responder aquello que no desee, reconociendo al derecho a la intimidad y a la no revelación de información.

## 11. RESULTADOS

### **Política Pública en relación al uso de drogas.**

Una gran cantidad de entrevistados coinciden en sostener que existe una carencia de lineamientos claros que enmarquen una política en relación al uso de drogas desde el estado.

*No hay nada armado, no hay una política de estado acerca de cómo tratar las adicciones, no se trata a nivel de la comunidad, sino caso a caso.* (Odontóloga, Distrito Sur)

*Hay un déficit de marco político, de para dónde tiene que ir la cuestión y los funcionarios además no tienen ni idea [...] se termina cayendo en “si utiliza drogas, que vaya a internarse, si roba, que quede detenido” [...] entonces se responde sobre esa lógica, entonces se sale a dar manotazos de ahogado todo el tiempo, siempre termina subyaciendo el discurso más represivo, y en los hechos hay que estar contrarrestando esto todo el tiempo.* (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)

*En relación a las drogas hay una ausencia clara de políticas públicas, todo lo que se hace, más allá de la seriedad profesional, es chapoteo puro. [...] No hay decisión política, es el chapoteo puro, todo queda en la persona, no hay lineamientos de decisión política.* (Trabajador de CTR, Distrito Oeste)

*El problema hace aguas pero el estado no lo toma. No hay ninguna política de salud en adicciones, otra atención necesaria para este tipo de pacientes, que el estado no crea este espacio. Esto está haciendo aguas, hace dos o tres años que lo veo peor. Algunos médicos toman estos casos pero no se sienten apoyados por el estado, han podido resolverlo a medias, y han encontrado limitaciones, pero soluciones no.* (Enfermera, Distrito Noroeste)

*En la discusión del espacio de gestión de este centro, vemos falta de coherencia entre la decisión política y el proyecto de salud al cual se supone que esta Secretaría apuesta: el ingreso de administrativos, la falta de trabajador social, años sin enfermeros... Nosotros priorizamos todo el tiempo esta forma de laburar y donde se tienen que tomar estas decisiones te dicen “¿para qué van a necesitar un enfermero?”* (Administrativa, Distrito Oeste)

*Como obstáculo, la falta de un lineamiento específico que atraviese todas las instituciones (y Secretarías) del estado, al menos de uno de los estados (municipal, provincial, nacional) y la articulación entre los mismos. Las falencias de articulación y de claro lineamiento muchas veces aumentan las probabilidades de tener problemas de accesibilidad o de sostenimiento de tratamientos.* (Administrativo, Distrito Sur)

*Uno se encuentra con que a veces esa artesanidad con la que uno arma con eso más local y con esa persona más singular es pensada como “la política de adicciones”, y ahí hay un problema, porque una cosa es a través de esa demanda singular que hace una persona rearmar lo que hay para que sea más interesante para esa persona, cuando eso es política pública es un problema, porque la función de la política pública tiene que ver con abrir lo más posible ese abanico, no apuntalar esa artesanidad, ése es el laburo nuestro cuando estamos en el territorio.* (Administrativo, Distrito Noroeste)

Los actores resaltan insistentemente la falta de continuidad de programas e instituciones, que constituían herramientas preciadas cuando se encontraban en funcionamiento. Muchos consideran estos hechos como signos de una falta de compromiso político para el abordaje de la problemática.

*Se laboró en esa línea, estuvo interesante, lo que pasa es que es un trabajo muy a largo plazo y lo que se ofrece de parte del gobierno es esto, proyectos de un año, dos años, donde no hay renovación, donde las condiciones de trabajo son prestatarios, cuesta mucho. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*En algún momento, hace un par de años atrás, el psicólogo del centro de salud tenía un dispositivo con unos chicos del barrio, se llamaba la cinchada, que tenía murga, juegos, trataba de incluir a todos los chicos que estaban dando vueltas en la calle, por ahí los más vulnerables, pero bueno, se pinchó, no recibió nunca financiamiento, tampoco se incentivó como para que siga funcionando. Otro tipo de intervención, para los chicos, estaba en su momento en el Crecer Nro. N, que está acá cerca, por medio de Promoción Social el proyecto “Programa Joven” que también se fue del barrio [...] en ese sentido no hay mucho para intervenir. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Cuando dejamos estos chicos los toman la gente del Programa Joven, pero las dos personas que trabajan en este barrio se van a otro. Reclamamos continuidad. (Médico generalista, Distrito Noroeste)*

Esta falta de lineamientos claros desde el ámbito político general termina reflejándose en el ámbito particular de cada CAP.

*Donde se maneja todo no hay una claridad en cuanto a “vamos para allá”, en los equipos hay autonomía, cada centro se maneja como quiere. Esta es una de las cuestiones que hay que saldar. (Administrativa, Distrito Oeste)*

*El equipo empieza a no querer responder las encuestas [de la presente investigación], cuando empiezo a preguntar qué pasaba con las encuestas empiezan a decir que había una dificultad para pensar el abordaje de algunas situaciones. [...] Puntualmente yo creo que hay una dificultad que tiene que ver con poder protocolizar, sin que esto sea una medida estándar, donde todos vayan por algún lugar, sino un canal un poco más decidido de cuál sería una intervención posible desde el área de salud, o del resto de las áreas, de la articulación de las áreas para un abordaje de la problemática. De tener una línea un poco más definida en relación a algunos abordajes y posibilitar algún tipo de articulaciones institucionales sobre algunas problemáticas que pueda funcionar un poco más aceitadamente. (Administrativo, Distrito Noroeste)*

Esta carencia de un marco directriz produce una sensación de desamparo en algunos profesionales, que consideran estar enfrentando permanentemente problemas muy complejos con herramientas demasiado escasas. Esto genera la permanente situación de sentirse en falta, de considerar que las intervenciones pensadas son insuficientes.

*Con los chicos que consumen no estamos haciendo algo específico. [...] Es algo acotado y pequeño lo que se hace. [...] Es un déficit, es necesario hacer alguna otra cosa. Hemos intentado hacer otra cosa. Las propuestas que hemos hecho al grupo no las toman. Si están en grupo es para estar consumiendo, no se enganchar para hacer otra cosa. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Lo que logramos en este proyecto de cinco años [miniequipos] [...] fue pasar de la idea de que esta problemática no les compete, “esto a mí no me toca, tienen que venir especialistas, yo con esto no”, al “yo no sé qué hacer con esto, no tengo elementos, no tengo herramientas”, lo cual es un paso. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*Tengo una paciente que tiene una adicción importantísima a la cocaína [...] Ella ha planteado muchas veces que quiere dejar de consumir pero no lo ha logrado [...] Nosotros*

*no lo abordamos, no lo resolvemos y no lo podemos tratar, de hecho para nosotros es un gran problema, ayer vino una mamá a decirme que no sabía qué hacer y yo sabía menos que ella, pero tiene que ver con que ya hicimos otros intentos cuando nos pasan estas cosas y no hay como muchas puertas. Hace dos años atrás, tres años atrás vino una gente de adicciones, a charlar con nosotros, a decirnos lo que había a la mano y era poco y nada, casi todo era rentado, no había espacios en las instituciones. Eran unas chicas de adicciones, de la Secretaría de Salud Pública [...] En este caso me acuerdo que ellos decían que funcionaba pero que no había mucho lugar, que muchas veces era rentado, que había muchas recaídas. (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

*Es un planteamiento que estaba presente, me parece que puntualmente tiene que ver esto de la encuesta [de la presente investigación], esto de que ante una pregunta concreta, “¿qué hacés cuando alguien te pregunta por drogadicciones?” esto aparece como una duda de todo el equipo “y, la verdad es que yo no sé mucho qué hacer con esto, alguien viene y me pregunta esto, y bueno, trato de ver”, no hay nada armado que canalice esto para un lugar. Después si esa intervención es o no efectiva, se mide, pero en algún punto tener dos o tres herramientas por dónde empezar. (Administrativo, Distrito Noroeste)*

*Queda la sensación de que uno no sabe cómo trabajar en esta problemática, no nos formamos para pensar alternativas diferentes, y el sistema de salud no está armado para dar respuesta a esto. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*No se hace lo que se puede, se corre la cortina, porque no se sabe qué hacer. Se trabaja sobre los problemas, pero hay que abordarlo antes de que sean problemas. [...] Acá no se hace nada, porque no se sabe qué hacer. (Enfermera, Distrito Sur)*

Con el tiempo, el sostenimiento de esta situación predispone a ciertos miembros del equipo al desarrollo de sentimientos de angustia, culpa e impotencia, responsabilizándose a nivel individual por situaciones que requieren un abordaje eminentemente colectivo, social. El fatalismo puede aparecer como una conducta defensiva frente a la sensación de impotencia, que termina entorpeciendo el desarrollo de las capacidades creativas en el trabajo. Analizado en términos de psicodinámica del trabajo, la falta de reconocimiento (valoración que los otros realizan de la tarea que un sujeto desarrolla) paraliza la producción de sentido y gratificación por la tarea, genera malestar y la intensificación de estrategias defensivas.<sup>13</sup>

*Entonces hay un montón de cuestiones, el abandono, hay mucha gente que no tolera eso, y vos no le ves la vuelta. Yo llego muy nerviosa a mi casa, me llevo esto a mi casa. Hasta mis mismos compañeros, ni yo no quiero escuchar mucho a los demás ni ellos quieren escuchar lo que yo llevo. Acá llegan muchos problemas, este no es un centro que les dé las espaldas a la gente, el problema es que vamos a tener que darles un poquito la espalda porque no aguantamos nosotros, nos vamos a enfermar nosotros, yo no puedo estar escuchando, escuchando, escuchando. Cuando yo entré tenía una escucha que buscaba activamente, ponía más atención, vos te das cuenta cuando un paciente no tiene trabajo, se lleva mal con la familia, o algo mental hay. Yo hoy en día no tengo qué ofrecerle, y es tanta la cantidad... Acá todos entramos con una evaluación que supuestamente estábamos capacitados para hacer esto, y que es por concurso, la mayoría tiene una buena capacitación, pero después las intervenciones no son... bueno, hay que ver qué le pasó al profesional. Entonces uno responsabiliza puntualmente al profesional de un proceso que tiene que estar gestionado integralmente. Hemos acumulado, la idea era esa, acumular para el cambio, nosotros algún cambio hemos acumulado, pero el costo profesional, personal ha sido desgaste. [...] Entonces estamos hoy como estamos, en los equipos esa palabra de quemados. (Médica generalista, Distrito Sur)*

*La comisión de medicamentos [...] No está protocolizado, no está pensado a nivel de política, entonces como que cada médico habla de su experiencia, a través de lo que se ha podido formar intenta alguna intervención, caso a caso, y eso demanda mucho tiempo y a veces hay momentos en que uno no tiene tiempo y se reagudiza la problemática y se convierte en algo angustiante para el médico (Médica generalista, Distrito Sur)*

*Yo creo que nosotros como equipo no tenemos ningún elemento, cada uno hace lo que puede (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

*Hay que empezar a tomar, como con la vacuna del HPV, generaciones ya están perdidas, hay que ser brutal acá, arranquemos con las pibas de tal edad y empecemos a vacunar porque las enfermedades de transmisión sexual de una edad en adelante ya están girando, ya existen. Acá me parece que a nada, habría que empezar con algo. Se perdió todo esto, pero arranquemos con algo. No nos vamos a hacer los lindos porque hay una política de estado que va a salvar a todos, sabemos que cosas están perdidas, irremisiblemente perdidas, entonces la idea es arranquemos con algo, involucrar al padre en la educación del hijo, educar al padre, el laburo es enorme, estamos hablando de un cambio social, hay que hacer un recorte enorme ahí, de leyes, de educación, de asignaciones, de partidas de dinero que generan embarazos, porque acá se ve, “¿viste que ahora salió la asignación por embarazo?” esto circula lamentablemente. Yo me disculpo si estoy ofendiendo a alguien pero eso circula y es una realidad, y pasa. Hay que hacer un enorme replanteo. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*A veces uno está detrás de los casos graves, se puede pensar en otros, se podría ocupar de otros casos por ahí recuperables. (Médica generalista, Distrito Sur)*

*Cuando alguien te viene a decir y vos decís, “¡ay, por qué me dijo a mí! ¿Y ahora qué hago, qué le digo?”. [...] Estoy acá, no tengo la menor idea de qué hacer con esto y no sé adonde miércoles llamar, es una papa caliente. (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

*En esto no hay que frustrarse, vos hacés, hacés y no ves nada, de golpe plin!, se ven cosas, no sabés si es por lo que uno hizo, pero se ven resultados. [...] Si uno pretende “hago esto y resulta” se frustra todo el tiempo. Yo he pasado por todas las etapas: “al final no sirve de nada”. (Médica clínica, Distrito Sur)*

### **La demanda**

Una de las cuestiones que más insiste en las entrevistas y que aparece en una cuarta parte de las encuestas es la escasez de consultas de los propios usuarios en relación a problemáticas de abuso de sustancias. Esta falta de demanda espontánea es explicada por algunos entrevistados como producto de la naturalización del consumo por parte de la población, que hace que no vea esta conducta como problemática. Esta naturalización aparece ligada con más claridad en torno del alcohol, pero es extensiva a otras sustancias.

*Una de las cosas que es frecuente son situaciones de naturalización del consumo de alcohol [...] el uso de alcohol está absolutamente naturalizado, no hay mucha problematización sobre esto. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*La gente minimiza, que consume alcohol te lo dice restándole importancia. (Médica clínica, Distrito Sur)*

*Muy naturalizado el tema del alcoholismo, no con demandas explícitas, pero si por ejemplo, tenemos muchos pacientes que tienen parientes con esta adicción y está bastante naturalizada, como una costumbre que es soportable por momentos. Hay toda una situación como de “bueno, es el fin de semana, cuando no está alcoholizado es de tal manera y cuando está alcoholizado es de otra...” se plantea como una disociación, con poca posibilidad de conocimiento como que fuera eso un problema. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

*Llegan las madres a consultorio con hijos que hace muchos años que consumen, llegan cuando el consumo los torna violentos, les roban. Mi hipótesis es que está tan extendido el consumo y tan sistematizado, las madres no prestan atención a esto, lo naturalizan. (Trabajadora social, Distrito Sudoeste)*

*El consumo se ve como normal, hay familias atravesadas por estas situaciones: padres que consumen y hacen consumir. (Enfermera, Distrito Norte)*

*Hay consumo de mujeres de psicofármacos que no está visto como problema. (Trabajadora social, Distrito Sudoeste)*

*No hay una representación de que el uso de marihuana tenga que ser un motivo de consulta, nadie jamás ha venido a consultar por eso. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*En la consulta, mayormente consultan por cocaína, dicen que consumen cocaína, la marihuana no está presente como un consumo: droga para ellos es cocaína... la marihuana también pero desde otro lugar. (Enfermero, Distrito Oeste)*

De los 50 trabajadores de CAPs entrevistados, sólo la mitad hizo referencia espontáneamente al alcohol dentro de la problemática del uso de “drogas”, mientras que tan sólo 5 hizo lo propio con el tabaco. Sin embargo, indagados en forma directa, el 84,38% de los encuestados acuerda con la idea de que “el alcohol es una droga”, un 85,16% concuerda con que “hay sustancias legales que son más adictivas o peligrosas que algunas drogas ilegales”, un 80,47% desaprueba la idea de que “si el tabaco y el alcohol fueran tan nocivos como las drogas estarían prohibidos” y un 64,06% coincide con que “La droga que causa mayores problemas de salud pública es el alcohol”. En relación a la marihuana, si bien algunos no la consideran un consumo problemático, nadie parece dudar de incluirla dentro de la categoría “drogas”.

Probablemente esté subyaciendo una asimilación de “drogas” = “drogas ilegales”, dejando las sustancias psicoactivas de consumo legal (típicamente alcohol y tabaco) por fuera de esa categorización, asimilación que cede cuando se indaga al sujeto en forma directa, pudiendo explicitar su acuerdo a la existencia de sustancias legales dentro del constructo “droga”. En esa misma línea, otra posible explicación es la existencia de una concepción “popular” de la palabra “droga” (que contempla sólo las ilegales) frente a la idea académica más abarcativa de drogas como “sustancias psicoactivas”. De acuerdo a esta posibilidad, durante la entrevista un número importante de profesionales respondieron a las preguntas acerca de “las drogas” suponiendo que el entrevistador hacía referencia a la concepción popular del término y por lo tanto no hicieron referencia a sustancias legales, pero una vez indagados en forma directa al respecto, la mayoría pudo incluir al alcohol como droga.

La cuestión de la demanda aparece frecuentemente condicionada por cuestiones etáreas y vinculada a situaciones vitales de los propios usuarios: los más jóvenes raramente consultan, mientras que aquellos que sobrepasan la barrera de los 25-30 años comienzan en algunos casos a realizarlo. Ciertos eventos vitales también se relacionan con el inicio de un pedido de atención, como son la posibilidad de un trabajo, la consolidación de una pareja, y en las mujeres frecuentemente la maternidad. También aparece la demanda en situaciones límite que confronta a los usuarios con la muerte (sobredosis, violencia vinculada al consumo).

*Vienen mamás, parejas de chicos que están complicado con este tema, muy poco pedido en relación a alguien que esté padeciendo... si lo hay, pero en general por ahí hay de gente más grande, de gente de más de 30, por ahí su historia de adicciones es larga y llega a un punto en donde quieren hacer algo con esto, se les está dificultando a nivel, por ejemplo, de consolidación de una pareja, de una familia, de un trabajo. Ahí es donde aparece un cierto*

*quiebre después de una historia de consumo. Esto presente está obstaculizando aquello que quisieran poder abordar, sostener. [...] Por un lado vos ves que está masificado, está en todos lados, pero en relación al pedido es poco, hay un desfase entre lo que vos leés y ves como un problema a lo que aparece como pedido. Para mí el pedido aparece puntualmente cuando esta adicción entorpece algún tipo de proyección, de cuestión amorosa, algo que lo signifique más allá de este momento puntual. Y esto aparece ya cuando la persona es un poco más grande, más crecida, con un proyecto, y allí si se podría pensar que por momentos sí hay un pedido. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

*Otra de las formas de llegar tal vez sea por sobredosis o crisis de abstinencia, una consulta puntual que a partir de ahí tratamos de abordarlo interdisciplinariamente. Las situaciones que han llegado, en general, es de gente más grande, no especialmente los jóvenes. A consulta espontánea donde hemos podido hacer un trabajo de derivación a una institución dedicada al tema de drogas. En embarazos tenemos estas situaciones donde una joven embarazada, el embarazo es una situación vital que dispara alguna oportunidad para otra cosa. En hombres en general de 25 años para arriba, que allí en donde recién pueden decir “no quiero saber más nada con esto, quiero hacer algo distinto”. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

*Con las chicas la vía de entrada siempre es más porque terminan quedando embarazadas, como que muchas zafan por eso, porque se ponen las pilas cuando quedan embarazadas, es interesante, pero quisiéramos llegar antes, y cuesta. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*Los chicos que consumen vienen a atenderse, por otras demandas, o por asustarse por algo: un momento límite, cuando consumen más de lo habitual y tienen riesgo de vida, por un hecho violento por consumo, por enamorarse, cuando arman una relación, piden ayuda para dejar de consumir. (Psicóloga, Distrito Sur)*

Mucho más frecuentemente aparece en los CAPs la demanda mediatizada por terceros. El pedido de ayuda generalmente lo realiza alguna persona del entorno del usuario, en su mayoría mujeres (madres, parejas), y también hermanos.

*Y vienen familiares, más que nada madres de los chicos, si vienen. En general consultan a salud mental, o al médico, el problema llega al centro de salud. [...] En general vienen acompañados de familiares. Adolescentes, que vengan solos, espontáneamente, yo no he visto hasta ahora acá en este centro de salud. Siempre viene o traído por otros familiares o acompañados [...] Cuando llegan, y ya con un interés de hacer un tratamiento es porque ya tocaron fondo, sino es muy difícil. (Psicóloga, Distrito Oeste)*

*Hay muchas madres que vienen a pedir por sus hijos, en general cuando ya la cosa está muy complicada (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*Acá en el barrio lo que se nota, lo que se trae o lo que se demanda se demanda de parte de un familiar, no de la persona que está en situación de consumo: una madre, una esposa, un hermano o de algún lugar legal, por ejemplo tribunales por alguna cuestión con el delito y se pide tratamiento. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*Lo que llega al centro es por los familiares, más que nada con los adolescentes, es muy raro que ése sea el motivo de consulta, a salud mental, por ahí van a enfermería, porque se pegaron, y vinieron por eso, pero no por el tema del consumo. (Psicóloga, Distrito Oeste)*

Otra forma de mediatización de la demanda aparece cuando la consulta la realiza el propio usuario pero por motivos ajenos al consumo, apareciendo referido en forma indirecta, o inferido por el equipo de salud.

*Vienen por cualquier otro síntoma, y en la entrevista uno le pregunta si consume algo, y ahí si te dicen. Hay confianza con los pibes y comenzamos a manejar con el psicólogo. [...] Vienen restándole importancia “sólo tomo viernes y sábado, en la semana sólo fumo”, son los menos los que te dicen “Estoy hasta las pelotas, quiero parar”. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*Lo que surge primero generalmente no es el uso de drogas como motivo de consulta, surge otra cosa: “iba en la moto y me caí, estoy todo raspado”, y a lo mejor después surge. La mayoría no es directa. (Médica generalista, Distrito Sudoeste)*

*Siempre que aparece, es como motivo de consulta secundario a lo mejor, es cuando uno abre el juego es cuando aparece la problemática, por lo general no es el primer motivo de consulta [...] entonces uno ahí sabe que toman alcohol, que mezclan con pastillas, pero eso no sólo no llega como demanda acá sino que no se constituye como demanda en otros puntos, en otro entramado, como que son cosas con las que las organizaciones del gobierno no se quieren meter mucho. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*Habitualmente se acercan por otro problema, al principio por ahí no dicen nada, pero después “consumo, consumo más los fines de semana”. Salvo casos agudos, no consultan por consumo. (Residente medicina general, Distrito Noroeste)*

Esta dificultad con la demanda es vista como uno de los principales obstáculos para un correcto abordaje de la problemática por una cuarta parte de los encuestados. A partir de esta situación, algunos profesionales piensan esta situación como algo inherente a la problemática, sin poner en cuestión la pertinencia de la existencia en el primer nivel de atención de dispositivos exclusivamente clínico asistenciales que requieren de demanda explícita para poder realizar sus abordajes.

*El obstáculo que tenemos nosotros es que la gente no viene, ellos no tienen predisposición para venir, salvo cuando están muy pasados necesitan la droga, entonces ahí se acercan, tratamos de absorberlos, pero lo sientan enseguida y se van. No se dejan ayudar, ni nada de eso, porque no les interesa, vos te das cuenta de que no les interesa, se ve que la mente no les da para que vean que uno los quiere ayudar, no les da por su patología. (Enfermera, Distrito Sur)*

*La dificultad que no se acerca la persona que está en situación de consumo porque no le sale esta demanda, porque todavía no lo transformó en un problema con deseos de resolverlo, generalmente estos encuentros han sido muy pocas veces exitosos, han sido pocas estas demandas, y después a la hora de convocar al paciente, al que todavía no es paciente, y de convertirlo en paciente, este acto no se da, no se lo puede convertir en paciente. [...] La dificultad es convertir a un usuario de drogas que está en dificultades en un paciente que quiera un trabajo clínico o un trabajo grupal, convertirlo en alguien que se asume con necesidad de una curación, esto en lo personal fue siempre mi dificultad más grande. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*A mí me parece que la llegada de este problema a los centros de salud, como ahí hay algo intrínseco en la problemática como para que pueda llegar el centro de salud, que un sujeto complicado con el tema del abuso de sustancias, es como que difícilmente pueda plantearse esto como un problema, entonces no tiene por qué ir a un centro de salud, no*

*necesita. Me parece que de por sí éste es un obstáculo importante.* (Psicóloga, Distrito Noroeste)

*Problemas de consumo de drogas en este centro de salud no hay, no es que no exista consumo [...] si el paciente no quiere ser atendido por ese problema, es poco lo que se puede llegar a hacer.* (Médico generalista, Distrito Sudoeste)

Por el contrario, aparece en otros actores implicados la necesidad de problematizar esta situación, intentando abordar la situación a través de mecanismos diferentes a los clásicos clínico asistenciales de espera pasiva de la demanda.

*Cuando vienen las madres, como básico uno cita al chico, lo invitamos a que venga, que se acerque, lo que pasa es que creo que el 99% no viene. No funciona esta estrategia, uno lo hace porque puede ser que alguna situación venga. [...] Me acuerdo de una situación hace poco de un adolescente que la mamá vino muy conmovida porque su pibe consume, hemos ido a la casa a verlo al pibe con la trabajadora social, todo, y ni aún así para que se instale una demanda, para que el chico se acerque, realmente es muy difícil, para mí es un tema.* (Psicóloga, Distrito Oeste)

*Nosotros salimos mucho al barrio, pero acá no llegan, no llega la situación de demanda de dejar la droga, de demanda por desintoxicación, puede ser porque hace poco que se ve todo esto, drogas siempre hubo pero el brote exponencial fue hace dos o tres años, esa es la sensación que nos queda.* (Médico generalista, Distrito Sudoeste)

*No hay demanda, bueno, entonces ¿cómo poder generar demanda?, ésa es la gran pregunta que nos estamos haciendo, en términos de estos chicos que están con mucha vulnerabilidad.* (Médica generalista, Distrito Noroeste)

*¿Cómo hacer para llegar a la población que no se llega? ¿Cómo hacemos para llegar a todos estos pibes que están consumiendo y no se acercan? Lo que ofrecemos no les interesa.* (Trabajadora social, Distrito Sudoeste)

*El abordaje debe ser totalmente diferente, no debe haber tantos médicos y psicólogos que trabajen desde el consultorio, tiene que haber otros dispositivos diferentes. Esta cuestión de que si no hay demanda no hay tratamiento no va. Para mí debe ser otro el abordaje.* (Enfermero, Distrito Oeste)

*Hacemos agua en cuanto a la atención del consultorio y nos cuesta mucho hacer un trabajo territorial. [...] Para mí lo que nos está faltando como equipo son espacios más colectivos, formar espacios más colectivos y hacer mucho trabajo al interior del territorio para que sea de alguna manera aprovechado.* (Psicóloga, Distrito Sudoeste)

*Nosotros estamos haciendo un esfuerzo muy grande para trascender la mirada del psicoanálisis como única mirada respecto de los procesos subjetivos en estas situaciones complejas [...] siempre es como que termina preponderando en cualquier abordaje, sean éstos de manera más singular o grupal. Por eso es más difícil entrar en los abordajes comunitarios, porque implica otra mirada. [...] Todos los dispositivos eran clínico asistenciales, bueno, si, está bien, pero laburo con los referentes comunitarios no necesariamente es un dispositivo clínico asistencial, pasan otras cosas, pensémoslas, discutémoslas. Esas fueron cuestiones como que se fueron abriendo.* (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)

En esta misma línea de problematización de la falta de demanda, una de las apuestas que se delinean es el fortalecimiento del trabajo en territorio desde los CAPs, con abordajes

de tipo comunitario, distanciándose de enfoques que requieren de la demanda directa como puerta de entrada necesaria al sistema de salud.

*El consumo no está problematizado, y no se llega a los jóvenes hablando de consumo. Hay que trabajar en terreno para la conformación de grupos. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Yo no estoy de acuerdo con que si no hay demanda no se pueda hacer nada, hay una cuestión de Salud Pública que hay que repensar, terminar con el como si. [...] Se necesitan más espacios donde se piense la clínica de un modo abierto (Trabajadora social, Distrito Oeste)*

*Que haya algún proyecto más territorial, como es lo de miniequipos puede ayudar. Algunos lineamientos yo no acuerdo, pero me parece que con los otros lineamientos podría llegar mucho más. No estoy de acuerdo fundamentalmente con que no se tomen situaciones particulares, porque me parece que un equipo en territorio, se supone que trabaja con las otras instituciones, en las instituciones hace falta otro recurso que te ayude más a vincular. En miniequipos se toma solamente trabajo grupal [...] el paciente en sí no llega, entonces hace falta todo un acercamiento viabilizado, no digo sólo del miniequipos, pero alguien de la institución con alguien de miniequipos para hacer un trabajo más territorial de acercamiento, de ir conociendo a ese paciente, intentar acercarlo al centro de salud y hay que hacerlo en el caso por caso, si no se acerca al centro de salud, a un espacio grupal tampoco, probablemente. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

Pudo constatarse un debate instalado en relación a quién le corresponde realizar las salidas al territorio. Por un lado algunos actores piensan su tarea específica como relacionada con lo clínico asistencial, demandando la existencia de equipos específicos para el abordaje territorial. Otros lo plantean como parte de su trabajo, enfrentándose al dilema de repartir su carga horaria entre el consultorio y el territorio, y demandando más profesionales en los centros para poder cubrir ambas tareas.

*El médico tiene función específica, por más que tenga un deseo personal o comprenda no puede dejar esas funciones para hacer un taller, yo intenté hacer con un grupo [...] intentamos hacer un abordaje en la escuela con idea preventiva, buscar un acercamiento a esos chicos que quedan sin escuela y sin inserción laboral, y con esa familia[...] Llegó un momento en que nos pasaban por encima los chicos con fiebre, siendo que hay gente de cultura o de promoción con estas especificidades, tienen que ser ellos los que lo tomen. (Médica generalista, Distrito Sur)*

*Trabajo social no debe ser el encargado, el que tiene que ser referente. Hay una resistencia en los psicólogos, que no salen a buscar a la gente. (Trabajador de la Dirección de Atención Primaria)*

*Para la psicóloga, con todo lo que tiene sería imposible salir y acercarse a ellos, y poder responder. (Médica clínica, Distrito Sur)*

*Desde el año pasado nosotros tenemos trabajadora social, antes no había, entonces el abordaje de los problemas de drogadicción no llegaban tantos como desde hace un año. Hubo un cambio desde la llegada del trabajador social. (Pediatra, Distrito Oeste)*

*Hace falta más gente, cambiar la mentalidad de sólo atender en el consultorio, los médicos se sienten culpables si no están atendiendo. Cambiar la dinámica de atención del centro. Lo ideal sería conformar un equipo de trabajo que trabaje con los jóvenes en la comunidad y en el barrio. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*Dentro de lo que son las estrategias de abordaje tiene que haber gente con tiempo y cabeza para laburar en territorio, acomodando su situación de trabajo al diagnóstico del territorio con todo lo que el territorio implica, lo cultural, lo social, los movimientos, las migraciones, los recursos económicos, todas esas cuestiones. (Psicólogo, Distrito Sur)*

La necesidad de abordajes con anclaje territorial aparece enfrentada con las tareas asistenciales que cada efector debe realizar, planteándose la necesidad de la incorporación de equipos específicos para tal fin o la ampliación de la carga horaria para poder hacer frente a ambas tareas.

*Las dificultades fundamentales son, 1) la ausencia de equipos específicos para laburar en el territorio en relación con lo que tiene que ver con la problematización de la situación y el abordaje que tiene que ser, pensándolo desde salud, tiene que ser más diversificado que estar ofreciendo asistencia, digamos que en prevención no estamos haciendo mucho, y hay muchísimo para hacer. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*Nuestra línea metodológica de trabajo, que tiene que ver con una función de enlace, es decir, poder construir un lazo, poder construirnos como referentes adultos, ampliando la implicación, que no sea sólo el miniequipo el que se construye en esta referencia sino los actores del territorio [...] vayan constituyendo un marco de confianza que permita el sostén de “otro momento” [...] Nosotros estamos en esa previa, en ese armado de lazo que permite que después puedan sostener otros circuitos. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*Lo primero es generar espacios, es necesario un nivel previo, estar en la calle, con la gente, no tenemos la posibilidad de hacer eso, no existe la figura del promotor. Una mucama hace muchas veces la función de promotora: vive en el barrio, cumple informalmente esa función. Los del miniequipos hacían eso, hasta poder organizar una demanda. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Nosotros tenemos todos los días acá, en esta misma esquina, se juntas los chicos, es un lugar de encuentro permanente, vos ves que consumen ahí y para nosotros como recurso institucional es muy difícil acceder, porque estamos muy pegados, porque conocemos mucho a la familia, entonces para trabajar allí se requiere de un recurso que no somos nosotros, para después sostener el trabajo acá. (Psicóloga, Distrito Sur)*

En relación a la posible influencia de la actual Ley de drogas, que penaliza la tenencia de sustancias para consumo personal, en la accesibilidad de los usuarios al sistema de salud, un 44,53% de los encuestados está de acuerdo con que “si se despenalizara el uso de drogas el usuario accedería más fácilmente al sistema de salud”, mientras que un 35,16% no lo está. Se aprecia una leve tendencia a considerar la Ley de drogas como un factor más que entorpece la llegada a los CAPs de los usuarios de drogas, sin embargo muy pocos entrevistados se refirieron a este aspecto en forma espontánea, por lo que se infiere que este asunto no tiene una presencia importante en el imaginario de los sujetos entrevistados.

*Una dificultad del equipo es cómo acercarse a los jóvenes. Acá no entran, algunos han empezados a entrar, algunos tocaban la puerta y se iban afuera. No entran al centro de salud porque nos ven como el estado, algo del miedo por la ley de drogas tiene que haber, del miedo a que los denuncien. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

Mucho más consenso parece haber en contra de la idea de que “si se despenalizara el uso de drogas su consumo aumentaría”, que es rechazada por el 64,06% de los encuestados, y defendida tan sólo por el 14,06%.

## **La admisión**

Una vez instalada la demanda (recibida en forma pasiva o construida activamente por el equipo) acerca de problemáticas relacionadas con el uso de sustancias se inicia el proceso de abordaje más específico. Al indagar al respecto de quienes abordan la problemática, aparecen los psicólogos y los médicos de referencia como los profesionales del equipo más referidos. Los enfermeros y trabajadores sociales aparecen muy referidos como vía de admisión de la demanda.

*Yo te diría que tenemos un circuito informal armado, porque no hay nada escrito de esto en el centro, el modo es que cuando el enfermero o el médico detecta algún consumo de sustancia trata de sugerir el tema de consulta con psicología, “está justo la psicóloga, ¿no querés que la llamemos, mientras yo te hago la entrevista?”, sobre todo con los jóvenes, como para que haya ahí una puertita de entrada. Yo hago la evaluación, algunos paciente adhieren al tratamiento y de hecho en estos momentos hay varios pacientes que han adherido al tratamiento y están con un apoyo farmacológico, por intermedio de la psiquiatra, con una terapia semanal conmigo y hay un grupo de alcohólicos anónimos que funciona en una parroquia que como grupo de contención, sirve. [...] El tema es que las adicciones es un trabajo muy ingrato, es un trabajo muy desgastante, hay que seguirla hasta que en algún momento fulano viene, pero ese es el circuito: psiquiatría, psicología. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Por ahí esas situaciones llegaban al equipo vía enfermería, vía administración, lo hablábamos con el médico de cabecera de ese paciente, iniciamos toda una red dentro del centro de salud, que lo vea el psicólogo a ver cómo podemos hacer para ir trabajando por lo menos las cuestiones subjetivas del abuso de sustancias y si por ahí estaba de acuerdo el paciente, que quería dejar de consumir, bueno, ya hablábamos con la psiquiatra de ver si había alguna posibilidad de algún tipo de medicación (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Lo que se trata de hacer, tratamos de sostener, acá no es que llega un adicto y lo tiene que ver el psicólogo, no es un problema de salud mental, es un problema de salud, y se aborda desde un proyecto terapéutico, cada uno con un proyecto terapéutico diferente, donde por ahí está la necesidad de un espacio de centro de día. Trabajamos mucho con Crea [...], tienen una casa de mujeres con hijos, una casa para varones y un campo donde tienen un Centro de día: se labura muy bien, no son abstencionistas, pensamos los proyectos terapéuticos juntos. [...] tienen apertura y flexibilidad. (Administrativa, Distrito Oeste)*

*Nosotros tenemos el acuerdo interno, el paciente no va a ingresar al médico y salir a salud mental cuando es detectado un problema de estos. Se intenta un abordaje y mantener la relación, porque sino esto que se ve inocentemente como que meto alguien más en el tratamiento en realidad el paciente lo asume como un corte, entonces de lo que se trata es de sostener esto y cuando el paciente mismo vaya viendo que se agotan los recursos acá y lo que quiere es hablar de esto, se le ofrece. (Médica generalista, Distrito Sur)*

## **Los proyectos terapéuticos**

En el armado del proyecto terapéutico aparece habitualmente referido como a cargo de “todo el equipo”, de acuerdo a criterios interdisciplinarios. En otros casos aparece el mecanismo de las interconsultas entre distintos profesionales del efector.

*Tratamos de que sea interdisciplinario, a veces se puede y a veces no, a veces funcionamos de modo de interconsultor uno del otro, el médico, el psicólogo, el trabajador social. [...] Depende de la singularidad de cada caso, vamos tratando de armar como un equipo de referencia más claro para el paciente, con los integrantes del equipo de acá. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*El abordaje tiene que ser múltiple, o interdisciplinario, porque a mí como psicóloga se me puede escapar alguna cuestión orgánica, de dependencia a alguna sustancia que le esté produciendo determinadas reacciones de su psiquismo, entonces me parece que hay que tratarlo de manera reticular. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*Con los pocos elementos que tenemos, con la psicoterapia individual y las derivaciones a espacios nos venimos manejando hasta ahora. Nosotros como equipo funcionamos tomando todo el equipo el grupo familiar, nos vamos derivando según la necesidad que vemos, tratamos de armarlo bastante en red al trabajo. Se trabaja con una historia clínica familiar donde vos tenés a todos los miembros de la familia. (Psicóloga, Distrito Norte)*

### **Adherencia o accesibilidad ampliada<sup>2</sup>**

De la misma manera que la falta de demanda era vista como un problema por un gran número de trabajadores encuestados, las dificultades en el sostenimiento de los espacios terapéuticos también aparecen como uno de los obstáculos para un adecuado abordaje de la problemática (16,81% de los encuestados).

*Cuando le pedimos laboratorio, ecografía, etc., no lo terminan haciendo, entonces el paciente que no tiene deseo de abandono es poco lo que se puede lograr, sobre todo porque son pacientes que no tienen familia, entonces se hace muy difícil. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Hay características que son propias de la adicción, donde realmente cuesta mucho sostener un tratamiento, darle cierto encuadre a esto, pero hay otras que tienen que ver con que no estamos teniendo qué brindarle al chico. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Otros pacientes con muchos años de cocaína y medio complicados cuando se sienten mal, se puede hablar, acordamos cosas junto con el médico, pero cuando salen se olvidan y no vuelven más. Un caso por ejemplo, está de acuerdo, ella dice querer internarse en un lugar para salir de la adicción, pero no vienen a consulta. (Enfermera, Distrito Noroeste)*

*Se realiza un apoyo, acompañamiento, escucha, seguimiento, pero se complica pasar a otro nivel de tratamiento. Esto lo vivimos como un fracaso. (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

*Piden internación, y curas milagrosas, cuando uno explica que eso no es posible, se van. (Trabajadora social, Distrito Sudoeste)*

### **Alternativas de abordaje realizadas desde los CAPs**

#### **Psicoterapia**

*Hacemos tratamiento psicológico con gente adicta, con problemas de salud mental de por medio, se trabaja con la familia. Muchos han venido por el tema del consumo, las familias son conocidas: los toma la psicóloga. (Enfermera, Distrito Norte)*

*Por lo general lo manejamos en conjunto con la psiquiatra, la psicóloga también lo ve. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Lo que se puede ofrecer en el centro de salud es un tratamiento psicológico o algún dispositivo, que están buenos, talleres, una serie de actividades diferentes, me parece que en muchos casos eso no existe. (Psicóloga, Distrito Noroeste)*

### **Abordajes farmacológicos**

Aparecen referidas en los centros distintas alternativas de abordaje farmacológico del abuso de sustancia, en el marco de la desintoxicación para sobrellevar la abstinencia o como terapia de sustitución.

*Para los adictos al azeptobron no hay mucha bibliografía sobre esto, es muy casero lo que se hace. No hay muchas opciones para el paciente. [...] Un paciente con azeptobron estamos trabajando la sustitución por metadona, es experimental, no hay estudios, tratamos con bajas dosis. (Residente Medicina general, Distrito Sur)*

*No hay bibliografía sobre metadona, tenemos un caso de un adicto a opiáceos pasado a metadona. (Odontóloga, Distrito Sur)*

*Me causa risa los tratamientos de desintoxicación de drogas por medicación, o el cambio de una sustancia por otra: es sacarlo de una adicción y ponerlo en otra. (Enfermera, Distrito Norte)*

*Algunos pibes, que llegan a pedir el clonazepán diciendo “no puedo dormir”, que es el versito aprendido en el barrio. Lo conocen y lo utilizan para venir a pedir. Uno aprovecha esa oportunidad para hablar de la situación de consumo. La cocaína es más peligrosa que el clonazepán, es preferible fumar marihuana si estás ansioso: aprovechar para consejería, dar información de espacios. Te podemos ayudar con medicación, la terapia sustitutiva dura seis semanas. (Médico generalista, Distrito Noroeste)*

*A mí me ha pasado, que no dejan, pero han podido hacer un cambio: consumir cuando algo los sobrepasa y pudieron cambiar por clonazepán reglado. Consumía cocaína, viene por dolor de pecho, taquicardia. El saber, cuando se enteró que iba a ser papá, y por ahí toma clonazepán tres días, y él mismo lo quiere dejar. (Médica clínica, Distrito Sur)*

*Yo tenía un par de pacientes que le hemos dado diazepam para 3 ó 4 días, y volverlo a citar, y explicarle que esto no es para siempre, dárselo y manejarlo él solo. (Médica generalista, Distrito Sur)*

Muchos centros han referido problemas y situaciones de violencia cuando aparece la demanda, muchas veces violenta, de benzodiacepinas por parte de población usuaria del centro.

*Se defendía como un modo de reducción de daños, distribuyendo clonazepán. Para mí esto obtura la palabra. [...] recién ahora estamos en un momento de replanteo de cómo volver a generar llegada a esta población que se perdió. Cuando no había clonazepán se agredía, robaba, la gente estaba con miedo. (Psicóloga, Distrito Noroeste)*

*Hacer lo que el paciente quiere no es reducción de daños, desde un pibe que viene a apretar por un clonazepán, es toda una cuestión quién le suministra, para qué. (Trabajadora social, Distrito Oeste)*

*Los psiquiatras no están del todo formados, los psiquiatras muchos están con esta cuestión biologicista que tampoco están del todo formados para que sea un abordaje, yo por ejemplo le pregunto a los psiquiatra cuándo es el momento para suspender el clonazepán o las benzodiacepinas en un paciente así, o un paciente que tiene stress crónico, que más o menos está mejorando, cuándo es el momento de suspender el clonazepán, y no te lo saben decir, no podés tener toda la vida un paciente con clonazepán. La cuestión formativa para mí es fundamental, de qué es lo que hay, qué es lo que se puede hacer. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Hace unos meses pasó con bastante frecuencia, violencia en el centro de salud por reclamo de consumo de clonazepán, con amenazas. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*Esos chicos por ahí te hacían brotes y te venían a quienes mandonear para pedirte más rivotril, más lorazepán, y estaba muy jodido. Le daban el lorazepán más que nada para tranquilizarlos, pero me parece que no hacía mucho resultado. Chicos, grandes, de todo, de todas las edades. Ésa es la situación actual en el centro de salud, está bastante complicado. (Enfermera, Distrito Sur)*

*Demandan clonazepán “consumo, dame algo que no paro”: si no les das, cómo lo toman, si les das, van a venir siempre, se debate esto. Si el clonazepán si o no, se ve en las reuniones de equipo, no se tiene todavía una respuesta. “Bueno, te doy uno, pero te abro una historia clínica”, la mayoría no viene después cuando uno intenta negociar algo. (Residente medicina general, Distrito Noroeste)*

*Muchas veces por habituarse a malas prácticas que tenemos en el sistema de salud de medicalizar la abstinencia o desintoxicación, vienen más que nada a pedir por ahí el clonazepán o el lorazepán recreativo. Nosotros tenemos situaciones que se abordaron de esa forma, no había mucha... sigue sin haber mucha preparación de los equipos y muchas herramientas útiles, o que nosotros pensemos que sean útiles para abordarlo. [...] hablábamos con la psiquiatra de ver si había alguna posibilidad de algún tipo de medicación, que según la teoría desde la psiquiatría, eso que empieza a jugarse de lo de craving, lo del refuerzo positivo, bueno, lorazepán y algún otro tipo de medicación, se usan mucho los antiepilépticos como para disminuir el craving, toda una cuestión teórica desde lo psiquiátrico, que con las pocas intervenciones que hemos hecho, no muchas, no hemos tenido más que la consecuencia de que vengan a pedir permanentemente el clonazepán. Se puede llegar a usar la carbamazepina, es otro psicofármaco, por un tiempo, pero ya llega el momento de que no se ve un abandono de la sustancia o disminución de los riesgos. [...] La cuestión es que por ahí se logran unos períodos cortos de desintoxicación, de no consumo, pero a la larga, y esto por una cuestión de los vínculos sociales, de volver a la misma situación familiar, laboral, delictiva, el consumo vuelve, más el lorazepán encima, que después es muy difícil de suspenderlo porque a veces vienen muy excitados, se han vuelto agresivos, a exigir que les tienen que dar el lorazepán (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*La mirada se fue construyendo con la mirada de otros centros de salud que decían “bueno, hay distintas prácticas”, por ejemplo hay médicos que medican, buscan abstinencia trasladando el consumo del alcohol a las benzodiazepinas. Hemos intentado a veces, se discutió, se puede hacer. La experiencia mía fue que el paciente, cuando uno ofrece eso, muchas veces si no hay otro espacio que acompañe, un profesional de salud mental o alguien más, el paciente se pegotea al médico y es siguiendo el consumo de benzodiazepinas. . (Médica generalista, Distrito Sur)*

### **Reducción de daños**

En cuanto a la perspectiva de RRDD, muchos profesionales la refieren en entrevista como la orientación a partir de la cual trabajan, mientras que otros, sin encuadrarlas en dicha perspectiva, sostienen acciones y posicionamientos congruentes con la misma, por ejemplo, el cuestionamiento de la abstinencia como único objetivo de las acciones en problemáticas de uso abusivo de sustancias, o el corrimiento de la sustancia como eje central del abordaje.

En las escalas de opinión del cuestionario un 69,43% rechaza la idea (contraria a la RRDD) de que “un tratamiento por drogas sólo puede considerarse exitoso si el paciente deja de consumir”, mientras que el 75% concuerda (coincidentalmente con los postulados reduccionistas) en que “se puede asesorar a los usuarios para que puedan consumir con menos riesgos para su salud”, lo que indicaría un apoyo mayoritario a estos principios.

En contraposición, sólo un 39,84% apoya la idea de que “pasar de una droga más peligrosa a otra menos tóxica es un éxito de tratamiento” frente a un 42,19% de rechazos, lo

que señalaría una mayor controversia que despierta este postulado. Como autocrítica metodológica, quizás la inclusión de la palabra “éxito” en el enunciado, en lugar de un término más relativo como podría haber sido “logro”, desvirtuó el sentido de las respuestas obtenidas provocando un mayor número de no coincidencias con la afirmación.

*La droga depende de quién la usa, en qué contexto, la cantidad, la compañía.* (Médica generalista, Distrito Sudoeste)

*La corriente de la reducción de daños es con lo que más trabajamos nosotros, desde lo ideológico.* (Residente Medicina general, Distrito Sur)

*El año pasado nosotros nos propusimos poder capacitarnos en equipo, por eso en algún momento convocamos al CEADS. Capacitarnos, leer, que cada uno tenga un acercamiento a cuáles son los modos de abordaje del problema. Hemos leído mucho a Zaffaroni, a Silvia Inchaurrega, sobre todo en reducción de daños porque es en lo que adherimos más ideológicamente. Nos abocamos siempre a armarnos como equipo frente al problema.* (Psicóloga, Distrito Sur)

*El tema del cambio de sustancia hay que verlo en el caso a caso. Si yo tengo un pibe que estaba dado vuelta y de pronto pasó al porro yo puedo pensarlo como cierta cuestión terapéutica, de otro modo puedo pensarlo como que lo que hizo fue cambiar el objeto de su adicción, seguimos con el mismo problema de base, depende. Tenemos acá gente que viene con un consumo de 10 años de alplax sin ningún tipo de control, y son unas señoras de su hogar que nunca fumó un porro, pero tienen un nivel de adicción que la psiquiatra matricial se arranca todos los pelos, toma 8 alplax por día, tipo caramelos, también hay un deterioro físico, cognitivo, y no es una droga ilegal. De repente yo tengo un pibe de 20 años que se fuma un porro los sábados, va a la canchita a jugar al fútbol, después de que jugó al fútbol y que tiene cierto lazo social y está en relación a estas cosas mucho mejor parado que este pobre adulto de 60 que enviudó y hace 7 años que está tirado en la casa, todo sucio, barbudo y que empezó a tomar y no paró desde ese día hasta el día de hoy, y compra la cajita de vino en la esquina de la casa.* (Psicóloga, Distrito Sudoeste)

*La problemática se aborda bastante en relación a la reducción de daños, hay un cuidado por la subjetividad. Mi idea era sumarle a ese trabajo la parte terapéutica y grupal (talleres), eso se dificulta mucho, pesan los tiempos subjetivos.* (Psicóloga, Distrito Noroeste)

*Otro obstáculo es que lo que circula por las instituciones de salud en general, no sólo de salud mental, es esto de la necesidad de que deje de consumir, como una condición, la curación tiene que ver con que no consuma más. Nosotros tratamos de verlo desde otro lado. Es importante cómo concebimos el problema, qué es lo que se trata. Muchas veces es la demanda de la familia, quieren que deje de consumir, la madre, ellos plantean estas cosas en general.* (Psicóloga, Distrito Oeste)

*Hay consumos más peligrosos, por ejemplo la marihuana no es tanto, si logra correrse a eso nos parece un logro.* (Médica clínica, Distrito Sur)

*Recomendaciones de reducción de daños: por ahí que no consuman si están arriba de un puente, la marihuana mejor antes que cocaína, mejor que esté alguien sin consumir.* (Residente medicina general, Distrito Norte)

Aparece como discusión al interior de algunos Centros una heterogeneidad de posturas entre los distintos profesionales en relación a cómo se conciben las drogas y su abordaje.

*Esto de la droga, el peligro, la connotación, da para hablar muchísimo, nosotros desde este centro, que es un centro pequeño yo te puedo decir que hay, ideológicamente*

*mucha diferencia en relación a esto de la droga, “la droga es mala”, entre los mismos compañeros, donde de repente para una enfermera con muchos años en el centro de salud, que alguien venga y fume porro es motivo para “¡que venga urgente la psicóloga y que les explique! Aparte se empieza con el porro y terminan con la cocaína”. Trabajar eso es muy difícil porque son diferencias culturales, ideológicas, generacionales, entonces somos un equipo muy heterogéneo trabajando con la misma persona, que si tuvo suerte, según el turno que le toque de enfermería, puede encontrarse con una enfermera joven, dispuesta, que le da forros, que le dice “escuchame, si vos estás teniendo relaciones cuidado, fijate, pensá, llevá, ¿la trajiste a la chica para que se haga un control?”, o se va a encontrar con otra que le saca la Biblia y le dice que Dios lo va a castigar, tenemos de todo. Si bien uno trata como equipo de tener una postura, las implicancias subjetivas de cada uno influyen, inevitablemente. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Tiene que ver con los modos de pensar que hemos tratado de trabajar con el equipo, con el CEADS que han venido alguna vez, en relación con la reducción de daños, con el tema de la penalización o no penalización, tratando de trabajar con otras instituciones del barrio y con algunas organizaciones. En función de eso los abordajes algunas veces nos ha ido mejor y otras veces peor. Igual para todo el equipo esto no se puede unificar, sobre todo el tema de los médicos, que aparece siempre el tema de suplantar, el tema de la abstinencia. (Psicóloga, Distrito Sur)*

Dentro de las estrategias de RRDD se encuentran los kits de inyección segura. Inspirados en la experiencia del Centro de Salud San Martín, que desde el año 2000 viene trabajando desde esa perspectiva<sup>3</sup>, varios CAPs que poseen población de usuarios de drogas inyectables (UDIs) arman sus propios kits.

*Si tenemos una política de disminución de los riesgos, que es si se droga en forma endovenosa darle la jeringa, lo que en un momento se llamó “la cajita feliz”, eran los desinfectantes, algodón, la jeringa, las agujas, y esto se da. Esto lo armamos nosotros. Nosotros [...] lo trabajamos en los seminarios de medicina general, buscando bibliografía sobre la política de la Municipalidad en reducción de riesgos. La experiencia en el San Martín se habló en su momento, hace tres años atrás, dos años atrás, no me acuerdo. Nosotros por nuestra cuenta, en nuestras reuniones de equipo, al que reconozca una adicción endovenosa facilitarle el inyectable, descartables. [...] Nosotros aplicamos acá lo de reducción de daños y no estamos todos de acuerdo, para algunos es medio chocante decir que nosotros le estemos facilitando el tema. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*En la consulta, mayormente consultan por cocaína, dicen que consumen cocaína [...] La mayoría por inhalación, hay inyectables también. Un paciente retira todos los días medicación por psiquiatra y nos pide a nosotros aguja, jeringa, agua, frasquito para prepararla, etc. [...] Se conoce el programa de distribución de jeringas de la municipalidad, uno conoce el kit, pero lo hacemos desde acá. (Enfermero, Distrito Oeste)*

Desde otros CAPs aparece un cierto desconocimiento de la posibilidad de desarrollar estrategias de RRDD en el propio efector, o bien explicitan su deseo de que la experiencia se replique en sus efectores.

*Me parece que ya no se está trabajando tanto con reducción de daños, lo único que tiene es el San Martín. No sé si se cortó esa experiencia, te digo lo que sabía. (Psicóloga, Distrito Noroeste)*

*La reducción de daños no está oficializada acá, pero ayudaría entre otras cosas para hacer, para prevenir el HIV, la hepatitis, las relaciones sexuales, etc. (Enfermera, Distrito Norte)*

*El tema Reducción de Daños aquí no se ha aplicado, si en el San Martín, allí tienen guardia, es diferente, los chicos van de noche si tienen problemas, y está la gente del Promusida trabajando con ellos. Vinieron a comentar la experiencia, también nos comentaron la experiencia de miniequipos, pero no vienen. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*Desde el Promusida se han hecho trabajos con el tema drogas en algún momento, hará 6 ó 7 años, este centro como es más nuevo ya creo que no [...] eso del kit había en un momento. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Municipal nosotros nunca hemos tenido conocimiento de que hayan implementado eso [kit de inyección], yo lo sabía a través de ARDA y nada más, nunca hemos tenido de la municipalidad que hayan bajado esto. El kit yo lo único que supe fue a través de lo de ARDA. ¿Ahora se está implementando eso desde la Municipalidad? Si existe uno Municipal deberían encargarse de difundirlo, nadie lo está trabajando. Es algo, cuando discutimos con qué abordamos las cuestiones de las adicciones a nadie se le ocurre porque nadie lo tiene presente eso. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

### **Representaciones sociales en torno a las drogas**

En relación a la concepción de que “el que usa drogas es un adicto”, representación social que atraviesa tanto a población general como a algunos profesionales<sup>8</sup>, del análisis de las escalas de opinión de los cuestionarios se desprende que las preguntas que intentaban rastrear esta representación en los profesionales muestran valores que indicarían un bajo porcentaje de acuerdo con la representación en cuestión:

La afirmación “El uso de drogas no siempre es un problema de salud” (contraria a la representación) muestra un 60,94% de aceptación contra un 28,91% de rechazo.

La sentencia “No todos los usuarios habituales de drogas son adictos” (idea opuesta a la representación) tiene a un 68,75% de adherentes contra un 21,09% de rechazos.

El análisis de las entrevistas es congruente con estos datos cuantitativos, siendo más frecuente encontrar en el discurso de los profesionales de los CAPs referencias a la posibilidad de un uso no adictivo de sustancias

*Se trabaja con mujeres embarazadas, ya no con uso, sino abuso (sobre todo cocaína) (Trabajadora social, Distrito Oeste)*

*La droga es adictiva o no dependiendo de la persona. (Odontóloga, Distrito Sur)*

*Hay gente que está muy comprometida en esto y gente que no, que hace un uso más eventual. (Médica generalista, Distrito Sudoeste)*

*El tema de los chicos con la marihuana, hoy por hoy está en el barrio, y en la ciudad, en el país, muy extensivo el consumo, pero son chicos que no son adictos, que tienen un consumo social, donde a lo mejor circula un porro un sábado a la noche entre 8, en todo caso si hago un tratamiento con este pibe porque viene angustiado por otra cosa, para mí no tendría nada que ver que deje de consumir ese porro, en todo caso pensaremos por qué está el porro ahí circulando, pero no una cuestión de marcación en torno a adicción. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Cuando uno habla de consumo, no es lo mismo alguien que es adicto a alguien que es un consumidor por un tiempo, por un momento [...] No todas las drogas son adictivas, depende de cómo uno las consuma, por eso yo marco la diferencia entre consumidor y adicto.*

*El adicto pone el objeto y es lo único. Para mí el parámetro es cuánto de esto a vos te obstaculiza vivir. El tema es la posición que uno toma, que lugar toma el objeto. [...] depende de cómo se tome: a mí me encanta el alcohol y no soy drogadicta, si te tomás cuatro litros en una comida de alcohol si funciona como droga. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

A continuación citamos enunciaciones congruentes con la concepción “el que usa drogas es un adicto”, la cual no permite discriminar entre un uso de drogas y un uso problemático de la misma.

*Si consumís sos adicto, que no lo asumas es otra cosa. (Enfermera, Distrito Sur)*

*Si usan habitualmente drogas son adictos. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*El uso de drogas es siempre un problema de salud, yo creo que a larga te mata, te mortifica, y sino mortifica a los que están alrededor. (Pediatra, Distrito Norte)*

Otra representación frecuente en relación a las drogas es la que sentencia “todas las drogas son adictivas”. Del análisis de las escalas de opinión surge lo siguiente:

Si bien la afirmación “Todas las drogas son adictivas” recibió porcentajes análogos de aceptación (levemente mayor) y rechazo (48,44% frente a 42,19%, respectivamente), la afirmación “Si no deja de consumir, el que experimenta con drogas caerá tarde o temprano en la adicción” muestra un 39,06% de acuerdo contra un 50% de desacuerdo.

## **Problemas identificados en el trabajo desde los CAPs**

### **Formación**

Una dificultad referida por los propios profesionales es el tema de la formación. Aparece en forma repetida en las entrevistas la referencia a dificultades para trabajar en el ámbito de la atención primaria a partir de las herramientas adquiridas en la formación de grado de las diversas profesiones.

*Yo creo que la facultad no nos preparó para esto y de dónde venimos capaz que tampoco. La formación de cada uno de nosotros como profesionales de la salud [...] lo mío va mucho por lo biólogo, la atención primaria es un momento nuevo en mi vida, con otra mirada, que me encanta, [...] y los médicos traen también bastante esa formación aunque los generalistas están bastante más humanizados [...] Por ejemplo N, que es nuestra trabajadora social, ella siempre tiene otra mirada, tiene otra apertura, tiene una palabra para ayudarte a pensar, para calmarte esa ansiedad que vos tenés y ver qué se puede hacer, N como psicólogo también, todo tiene que ver con la formación que traíamos, y además porque la problemática por sí misma tiene una coyuntura en todas estas cuestiones que hablábamos antes. (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

*La formación disciplinar en abordaje de las adicciones es muy escaso, no tenemos material para estudiar, no hay investigaciones, lo veo mucho con la nueva ley de salud mental, ver que la formación y los recursos que tenemos son muy pocos en atención primaria. (Residente medicina general, Distrito Norte)*

*Son todas problemáticas, las de salud mental, donde un intento de suicidio, por ejemplo, un médico clínico dice “yo no tengo nada que ver”. La misma facultad no forma en ese aspecto. Actualmente hay un plan nuevo donde se toma esta mirada. (Médica generalista, Distrito Sudoeste)*

*Para mí falta formación con respecto a adicciones. (Residente medicina general, Distrito Norte)*

*Para mejorar la forma de abordaje hay que cambiar la forma en que se aborda la problemática, el consultorio es muy limitado, va más allá de la formación de cada uno, no da la respuesta que debería dar a la problemática. Se necesitaría un número incalculable de profesionales para atender a todas las personas con esta problemática. [...] El sistema de salud no está lo suficientemente aceitada, o la red no está lo suficientemente armada, los trabajadores son los nudos de la red. [...] Nosotros pedimos desde Salud formarnos, pedimos ver otras herramientas distintas a la formación que nos dieron. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*La prevención inespecífica, no es tan fácil de entender para médicos y enfermeros. Eso tiene mucho que ver con la postura ideológica que sostiene cada uno. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Acá en el centro hay grupos con formación más hegemónica y otros más actual, chocan las dos realidades [...] Se necesita más trabajo en equipo, se fijan en lo que hace el otro, hay cabezas difíciles de cambiar y otros que piensan que lo pueden hacer todo. (Odontóloga, Distrito Sur)*

### **Cantidad de personal**

Uno de los problemas más frecuentemente referidos por los informantes, que condiciona el trabajo desde los CAPs, es la escasa cantidad de profesionales.

*Para mejorar el abordaje, primero más recurso humano, lo que hemos visto acá que ha funcionado es el acompañamiento cuerpo a cuerpo del pibe y eso te demanda mucho tiempo. [...] para laburar todo lo previo a que los chicos se puedan enganchar en algo. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*Estamos siempre en esta situación de atender la demanda y viendo qué huequito nos podemos hacer para que yendo y haciendo una pequeña cosa... Por eso yo hablaba de los recursos primero y de las experiencias pasadas que ya no están, porque eso sí nos permitía hacer otro tipo de trabajo, de otra calidad, donde incluso eso también repercutía en el laburo adentro del consultorio porque uno tiene otra lectura de lo que pasa afuera, de lo que está trabajando con otros, como que el laburo se puede ir direccionando de otro modo. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*El año pasado se trató trabajar con las madres de jóvenes que consumen, talleres: salió el tema de trabajar a partir del fútbol pero después quedó todo trunco, porque no había recursos, profesor de educación física, por un tema de tiempo no podemos estar en el barrio. [...] Desde el centro siempre está la idea de trabajar con los jóvenes, hemos intentado trabajar en las comisarías, pero no hay recursos. Hace falta más gente (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*Tiene que haber más recursos en salud mental, nosotros tenemos un solo psicólogo, hay centros que creo que no tienen psicólogos. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Hemos pedido un farmacéutico, y otro agujero grande es la falta de un trabajador social, tienen una especificidad de trabajo, están entrenados en el manejo de a dónde recurrir, a nosotros por ahí se nos complica. (Pediatra, Distrito Norte)*

Hay un fuerte predominio de mujeres trabajando en CAPs, situación que genera en algunos casos el pedido de trabajadores hombres.

*Somos todas mujeres, es algo difícil. El único hombre es el administrativo. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Faltan psicólogos hombres, son todas mujeres las que sostienen este espacio, es una falta de todo el Centro personal masculino. (Psicóloga, Distrito Norte)*

Otra de las falencias, directamente relacionadas con la disponibilidad de personal, son las franjas horarias en las que las instituciones de salud están trabajando.

[En los efectores de segundo nivel] *Que psiquiatría funcione sólo a la mañana no da respuestas a la problemática. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*Otra dificultad es la falta de guardia psiquiátrica, en otros lugares están hasta las 12 Hs ¿qué hacemos más tarde? (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

*La gran dificultad de las instituciones, es que todo ocurre después de las 7 de la tarde, o los fines de semana. Nosotros priorizamos, una vez por mes, los viernes, un ciclo de cine a las 9 de la noche, pero no vamos todos. -(Administrativa, Distrito Oeste)*

### **Accesibilidad a recursos materiales**

La falta de recursos materiales es presentada como una dificultad tanto para el desarrollo de actividades especiales como para el cumplimiento de las rutinas habituales de trabajo en el centro.

*Nosotros en este lugar, en este edificio, tenemos una dificultad evidente que es la falta de espacio. Acá no tenemos ninguna opción de dinámica grupal porque no tenemos espacio. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*En un momento también hablamos mucho con un panadero que también tenía mucho entusiasmo por laburar con los pibes para capacitarlos, también presentamos un proyecto, no te puedo explicar a todos los lugares donde lo hemos llevado, para que nos banquen económicamente y nunca lo conseguimos, años. Él lo intentó desarrollar sin recursos, pero bueno, duró unos meses, pero después se terminaba cayendo. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

### **Programa de Adicciones - Becas de internación**

El Programa de Adicciones de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, creado en 1998, supo contar con un Centro de Prevención de Adicciones (creado con anterioridad, en 1991) que funcionó hasta el año 2000<sup>1415</sup>. En Agosto de 2007 desde el Programa se realiza una importante investigación sobre las adicciones en la ciudad titulada “Caracterización de la problemática de las adicciones en la ciudad de Rosario”<sup>10</sup>. Poco tiempo después el Programa es virtualmente desmantelado, trabajando actualmente en el mismo un solo profesional.

*Hubo una época en que había una Directora del Programa de Adicciones, había una Secretaría y había un montón de psicólogos trabajando en una investigación acción. El Programa era muy importante, tenía computadora, tenía un grupo importante de gente con una práctica en terreno y un relevamiento y a la vez se trabajaba con las ONGs en relación a las becas. El estado municipal ni provincial no tiene nada, no tienen ninguna institución, ningún lugar para el problema del consumo. [...] Cuando se termina este trabajo de investigación desde el Programa de adicciones se va la Directora, se termina el trabajo con los equipos, queda sólo una psicóloga [...] Pero no está pensado incorporar más gente. (Psicóloga, Secretaría de Salud Pública)*

*Dificultades con el programa de adicciones, que se ha reducido a eso de la posibilidad de beca y establecimiento de convenio con instituciones, con ONGs. Ante la*

*llegada de un pibe, cuando uno piensa estrategias, uno piensa eso como recurso: becas, acompañantes, y no mucho más. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Si bien nuestro sistema de salud brinda mucho, en la cuestión más de la salud mental terminamos haciendo agua. En la municipalidad hay un Programa de Adicciones con el que últimamente yo no he articulado nada, te podría decir que las articulaciones que yo hice fueron puntualmente becas, becas en relación a la internación (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

En la actualidad, la única persona que sostiene el trabajo del denominado Programa de Adicciones se dedica a gestionar convenios con ONGs de la ciudad para, a través de becas pagadas por el estado municipal, tercerizar servicios de internación, centro de día y acompañamiento terapéutico. También gestiona servicios de consultas en toxicología, a través del TAS. Las derivaciones hacia las ONGs aparecen como una alternativa que han utilizado la gran mayoría de los CAPs (cabe aclarar que la institución “Remar” que es mencionada por algunos actores no cuenta con convenio con el Programa de Adicciones en la actualidad).

*Se ha intentado hacer algunas entrevistas y si se acordaba con el paciente y empezaba a sostener por ahí si pedir becas para internación, o centro de día, algún acompañante terapéutico. El programa de adicciones de la muni aporta las becas, los acompañantes ahora está tercerizado por el Programa Andrés, se los pide vía la muni. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Tenemos los convenios con las ONGs por parte de la Muni, de las instituciones dedicadas a adicciones. Hemos tramitado bastante, becas. No trabajamos con ninguna en particular, tenemos Programa Andrés, Maranata, otros centros de día... con ninguna en particular, según lo específico de la situación, según qué ONG lo puede estar tomando. A veces funciona, en otras ocasiones no ha funcionado, por pacientes que se van. Pero en unas cuantas ocasiones estuvo muy interesante y funcionó muy bien. (Psicóloga, Distrito Noroeste)*

*Nosotros ahora hemos laburado mucho con el Programa Andrés, la verdad bien, además tiene distintas modalidades de abordaje, tienen centro de día, tienen internación, nos parece re pertinente. Vemos que eso sirve. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*Este programa de adicciones ofrece becas, de media jornada, de jornada completa, también es medio complejo, porque son becas que se pagan en organismos privados, Programa Andrés, etc., con los que con algunos coincido y con otros realmente prefiero que el chico se quede en el barrio, porque realmente a mi me parecen nefastos. También ese es un tema, hay otros lugares que son gratuitos a los cuales yo nunca derivaría un paciente, Remar y esas cosas. Yo he tenido pacientes que han salido de ahí, en una situación mucho más compleja todavía. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Otra alternativa para estos chicos que vienen y refieren que no, más allá de que no puedan dejar de consumir, pero para bajar el consumo, para empezar a trabajarlo, son los grupos de autoayuda que por ahí la Municipalidad cuenta con algunas becas del Programa Andrés, que también creo que con uno de los pacientes hemos logrado llevarlo pero también, no duró mucho. [...] el único que ha podido dejar el consumo es uno que se metió con la Iglesia evangélica [...] Con los demás hemos tenido poco éxito, por lo menos, seguramente, en que deje de consumir, y éxitos pasajeros en disminuir el grado de consumo para que puedan seguir llevando una vida normal, en lo posible, que ellos puedan desarrollarse en las actividades que venían desarrollándose (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*En principio aparece como cierto pedido “quiero que me internen” como la cosa salvadora que me va a sacar. Viene una persona con su médico de referencia, allí tratamos de abordarlo, trabajamos en conjunto con el médico, o el médico deriva, depende de cómo se*

*de la situación, a veces hacemos la entrevista juntos, a veces el paciente pide un espacio como más individual, por más que el pedido aparezca, la internación aparece en el lugar del salvador. Se hace un informe, lo trabaja mucho la trabajadora social, cuando hay alguien con un pedido muy fuerte que ya ha pasado por instituciones y quiere volver, la trabajadora social directamente se arma para que se pueda internar. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

*Desde el programa de adicciones conseguimos algunas becas, en algunos casos, para algún centro de día sobre todo o alguna internación también muy puntual, en algún caso, en Nazareth en algún momento, pero hemos tenido dificultades allí, por la modalidad de trabajo: hay pibes que encajan ahí y hay otros pibes que huyen despavoridos. Después con algunos otros lugares: el Programa Andrés, que la Muni hizo convenio por acompañantes terapéuticos, y eso ha funcionado bastante bien. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Acá, territorialmente, no hay nada más que el Crea, gracias a Dios tenemos el Crea, hay centros de salud que no tienen a dónde derivar. (Pediatra, Distrito Oeste)*

Algunos actores ven en esta alternativa el peligro de que algunos CAPs puedan utilizarlo como una modalidad expulsiva de los pacientes con problemas de consumo (“sacarse el problema de encima”). En sintonía con esta línea interpretativa, muchos ven como problemático la situación de perder el contacto con el paciente, una vez ingresado en la ONG.

*En muchos centros se nos dio una relación muy conflictiva, que al principio la veíamos como una situación muy compleja de sobrellevar, el nivel de conflictividad, después nos resultó que justamente esa conflictiva era la que nos permitía poner sobre la mesa y poder interpelar modelos de abordaje. La conflictiva se expresaba de diversos modos que iban de la cosa más mínima, en general siempre tenía que ver con “los modos del miniequipo”: “estos pibitos que recién arrancan a trabajar y nos vienen a interpelar a nosotros que hace 20 años que trabajamos acá, que recorremos el territorio” Seguían sosteniendo en el discurso una dinámica de trabajo del centro de salud ligada a la estrategia de atención primaria, esto de acercar los servicios de salud a la población, de partir de los problemas de la población, pero eso en un tono discursivo, en los hechos, ante la aparición de una situación de este nivel de complejidad lo primero era armar una beca de internación, lo primero y lo único. Y para nosotros una internación es el último recurso, para los pocos que pueden demandar algo respecto de esto, porque la mayoría de los pibes con los que nosotros empezamos a trabajar no demandan internarse. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*Costó mucho que el centro de salud se implique y no derive, porque esta lógica de derivación es “tomala vos”. Entonces el hecho de poder implicarlos y decir “a ver, pensemos juntos” porque también hay una familia con quien pensar un abordaje, porque también hay otros hermanos. Nosotros jugábamos siempre a esto de abordar la complejidad desde la integralidad. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*El tema también ahí, la verdad yo no sé cómo trabajan, sí toman pacientes, [...] La idea con Crea es, ellos lo internan, le dan la terapia y después tienen salidas, y la idea es continuar el tratamiento psicológico con los psicólogos del centro de salud. Hay veces que esto se logra y hay veces que no. Porque a veces la persona no es paciente del centro de salud y le cuesta venir al psicólogo, y otras veces el paciente queda enganchado en el Crea como colaborador, porque tiene una fuerte función evangelizadora, entonces quedan como colaboradores, siguen yendo allí, no sé si recibirán tratamiento psicológico pero bueno... (Pediatra, Distrito Oeste)*

*Yo a veces escucho que un compañero mío hizo algo y entró en la beca de Andrés o Nazareth, así, se le quemó todo y terminó ahí el paciente. Y el paciente entró y salió al otro día, porque no lo dejaron escuchar cumbia. Entonces decís “¿quién revisó eso?”, y vos sabés que cobran, y no están sobredemandados de pacientes “¿y quién revisó, pasó una vez, no paso más, o no mandemos más pacientes?”. (Médica generalista, Distrito Sur)*

*Son un gran mundo donde uno ahí no tiene ningún tipo de injerencia como profesional que está abordando. Yo he tratado de continuar el contacto con el paciente una vez derivado, pero en realidad manejan ellos el tratamiento y uno ahí no opina. Por ejemplo, un chico que viene haciendo tratamiento con una psicóloga en el centro de salud, que lo vengo trabajando yo con el psiquiatra, entra a una ONG y es otro grupo profesional los que trabajan con él. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

Otros critican abiertamente sus modalidades de trabajo: el encierro en algunos casos, o el atravesamiento del discurso religioso, en otros.

*Tenemos lista de instituciones, que son las que tienen convenio con la municipalidad, se piden becas, hay algunas con las que se trabaja más asiduamente: Crea, Programa Andrés, Maranata, la mayoría de tinte religioso. El Programa Andrés es la más progre de todas estas. [...] La última intervención fue con Crea, son evangelistas, a mi mucho no me convence, pero la realidad es que no hay muchas opciones. (Residente Medicina general, Distrito Sur)*

*Yo con un paciente ahora estoy trabajando con el tema del alcohol y ver si a él le molesta el tema de que muchas de estas ONG son religiosas, porque a veces es una complicación. [...] Aparece el tema del consumo como una sanción, si uno consume está del lado del pecado, todas estas cuestiones, el tema es poder pensar el consumo desde otro lugar. (Psicóloga, Distrito Oeste)*

*Remar tiene una metodología de arrancarlos del lugar donde se inyectan, hay muchos chicos de Jujuy, de Neuquén, de otros lugares, que están solos, y cuando están aptos para vender, salen. De todo esto, los pibes acá cuentan atrocidades. Se hizo una presentación con la Secretaría de Derechos Humanos: parece que hay un tongo importante allí, lo que tratamos de hacer es que los pibes vayan a otro lado. (Administrativa, Distrito Oeste)*

*Para mí las instituciones, las ONG con las que hay convenio, uno no las conoce en detalle pero, que tienen la modalidad de trabajo de comunidad terapéutica siempre ha sido un obstáculo porque no siempre aloja de la manera que uno espera. Ahí nos preguntamos qué es lo que depositamos ahí, las posibilidades de un tratamiento que por ahí no, que muchos lugares no tienen tampoco o no hacen un trabajo psicoterapéutico, hemos visto también el tema de los psiquiatras a veces complicado, porque alguien que ingresa y al tiempo te lo mandan para que lo vea la psiquiatra porque hizo una convulsión, o porque rompió todo. Las instituciones que existen, por lo menos las que nosotros conocemos, no siempre fue positivo. A veces sí, la gente te cuenta que su pasaje por ahí ha hecho que hayan dejado de consumir, hayan tenido alguna modificación en su vida pero más por el lado del deber y de la religión, vienen con una cuestión más moral, que bueno, a veces sirve. Pero es eso, estaría bueno que haya otras instituciones con otro perfil, que no sea religiosa por lo menos, que no tenga una pregnancia del discurso religioso. (Psicóloga, Distrito Oeste)*

*La experiencia que hemos tenido de internación en granjas, salen de la granja y te consumen todo lo que hay, en todos los casos que conozco de internación en esa modalidad. Si la persona no pide, internación en granja no, yo prefiero el tratamiento ambulatorio en Programa Andrés. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*Los centros de día: es un equívoco, piden equipo de referencia, si hubiera equipo de referencia para ellos, no serían necesarios, como si la referencia fuese algo administrativo. (Trabajadora social, Distrito Oeste)*

*Es bastante difícil que sostengan, por el tema de las entrevistas que hacen ellos de admisión, es bastante largo el proceso. El más largo es el de Nazareth, Maranata no tanto. Es como bastante difícil que lo sostengan, porque aparte hay como muchos requisitos respecto de la necesidad que haya una familia que acompañe, muchas veces es lo que no hay. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Para tratamiento se deriva a las ONG (la municipalidad no tiene propias, se trabaja con becas de la municipalidad) como no tiene el estado lugares propios, hay que recurrir a los religiosos (muy dogmáticos, estrictos), o pedir la abstinencia total para entrar, están los que piden 6-7 entrevistas para acceder, cuando estos chicos tienen el problema de lo inmediato. (Odontóloga, Distrito Sur)*

Frente a las dificultades que algunos actores observan en las ONG que abordan la problemáticas de drogas, muchos plantean la necesidad de crear nuevos espacios, al mismo tiempo que otros profesionales plantean directamente la necesidad de que sea el estado quien se haga cargo en forma directa, creando las instituciones necesarias para contener esa demanda de tratamiento.

*Falta un lugar especializado para drogas (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Los casos los recibe el centro de salud, pero no los resuelve el centro de salud. No tenemos un centro especializado, no existe, y alguien lo tiene que resolver, no por especialidad, sino porque tenga una contención en otro tipo de aspectos, medicarlo, controlarlo en algún otro aspecto. (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Deberían existir más instituciones para tratamiento y recuperación de estas personas y sus familias, y que brinden apoyo a los equipos de atención primaria, que se encuentran bastante solos para tratar estas problemáticas tan graves (Médica, Distrito Oeste)*

*Se pide mucha internación, por los familiares, tratamos de no llegar a eso, conociendo lo que son las instituciones, la mayoría de ellas. Hay que crear instituciones acordes, contenedoras, que sean manejadas por el estado y no por instituciones tercerizadas, donde algo de la Ley de Salud Mental se aplique, los derechos humanos se respeten. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Para mejorar el abordaje, sería necesario que la municipalidad, a nivel del estado, que tenga lugares donde poder derivar aquellos pacientes que necesitan otro tipo de tratamiento que nosotros a nivel primario no podemos ofrecer. El problema hace aguas pero el estado no lo toma. No hay ninguna política de salud en adicciones, otra atención necesaria para este tipo de pacientes, que el estado no crea este espacio. Esto está haciendo aguas, hace dos o tres años que lo veo peor. (Enfermera, Distrito Noroeste)*

*Dificulta el abordaje que no haya una institución que sea del estado que aborde, que sea para trabajar desde centro de día o en internaciones. El trabajo con ONG muchas veces es dificultoso, porque son pocos los lugares, porque muchas veces es como un trámite bastante denso de hacer, de poder sostener (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Un gran obstáculo para mí es que no haya lugares propios; las ONG con algunas se puede trabajar mejor, con otras no tanto [...] Para mí que no sea estatal es un inconveniente, porque a veces juegan otras cuestiones, religiosas, que no tienen que ver con la ética*

*profesional, sino que entran a jugar otras cosas, yo no estoy de acuerdo con eso. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*¿El estado tendría que tener una casa, un lugar específico con profesionales específicos dedicados a esto? Es un interrogante. [...] pero la decisión política no es esa. [...] Yo por ahí temo la burocratización de los lugares, entonces vos armás esto para esto y después... “nosotros atendemos a 2, 3 y 4” “y 6, 7?” “no, no, eso no entra” el tema de que si, que no, habría que pensarlo muy bien, le temo a la burocracia. Me parece que podría perfectamente funcionar un grupo de gente en una casa, como funciona alguna de las ONGs, ofreciendo esto y que sea del estado, pero evitando esto. (Psicóloga, Secretaría de Salud Pública)*

### **Derivaciones a efectores del segundo nivel**

Las internaciones a efectores estatales de segundo nivel y hospitales monovalentes aparece menos referido en el discurso de los profesionales que las derivaciones hacia ONGs. Del análisis de las encuestas, un 61,72% refirió que en su CAP se efectuaron derivaciones vía beca a diversas ONGs, un 24,22% dio cuenta de derivaciones a efectores del segundo nivel, un 15,63% realizó internaciones en unidades monovalentes y un 10,16% refirió trabajar en conjunto con otras instituciones de inclusión.

*Se trabaja con el psiquiatra del Hospital Carrasco, hemos hecho internación en el Hospital, con el servicio de toxicología. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*Nosotros hemos trabajado mucho, se viene trabajando, en la mirada a veces más hegemónica de los hospitales, por ejemplo, en donde esta problemática no se toma como un problema de salud, ni de salud mental, entonces vos querés internar una neumonía y la podés internar en un hospital, pero a lo mejor alguien intoxicado hay mucha resistencia de una guardia hospitalaria o de una sala hospitalaria, porque el mismo hospital no está preparado, y también en la formación del médico, del enfermero que trabaja ahí, como que son situaciones un poco nuevas, que cuando se construyó el hospital, se creó el servicio no estaba pensado. Se están haciendo muchas cosas, porque necesitás una apoyatura en las guardias por parte de salud mental, de trabajadores sociales, hay una guardia activa que queda sábados y domingos y feriados, donde está un psicólogo y un psiquiatra. (Médica generalista, Distrito Sudoeste)*

*Las desintoxicaciones se hacen a través de hospitales generales, que fue un logro de los últimos tiempos, porque antes no recibía, y después pasan a ONGs, previo a la nueva Ley de Salud Mental. (Psicóloga, Secretaría de Salud Pública)*

*Internación en Hospitales generales, por crisis subjetivas, por la nueva ley de salud mental, requiere un proceso de sacarse de encima prejuicios morales de los trabajadores, de entender a la salud como derecho humano. (Trabajador de la Dirección de Atención Primaria)*

*Es nefasto como se trabaja en los Hospitales, los tratan muy mal, no hay seguimiento, no lo referencian al centro, por lo general nos enteramos por familiares y tomamos intervención. (Residente Medicina general, Distrito Sur)*

*Dicen “los adictos se escapan”... si dejan las puertas abiertas y lo dejan tirado 5 horas en una camilla sin hacerle nada, “¡me voy!”. “Aparte me verduguean, me maltratan, ¡me voy!” es lo que dicen los chicos. Hay un abordaje que no es el adecuado para estas situaciones. En el equipo queda depositado en una persona, el resto lo ve pasar, “que tome rápido la medicación y que se vaya” es el imaginario, y ese imaginario es el que no se trabaja, como que el paciente te va a comer, como que es un monstruo. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*El Hospital jugaría un rol importante si nosotros pudiéramos estar derivando a los pibes que no quieren venir, pero con el Hospital (Roque Sáenz Peña) se complica, porque nunca hay turnos, por ahí si hablás personalmente, le explicás mucho, le justificás por ahí conseguís algún turno, pero es complejo. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*Cuando hay una adicción más fuerte, de abandono y con alguna cuestión orgánica que se puede llegar a sumar, una intoxicación aguda, son las internaciones transitorias en los efectores de segundo nivel, que todavía supuestamente está como legalizado en la red, pero cuesta, hay una resistencia de las salas de clínica a referir de que no están preparadas (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

*Otra discusión que es con los efectores de segundo nivel o los hospitales polivalentes, cuando logramos armar una estrategia con el centro de salud, con algún otro actor, después vienen “cómo hacemos para instalar que el hospital polivalente atienda o interne una situación por una desintoxicación y que el servicio de salud mental lo pueda ver. Eso también es toda otra discusión que en general hay que bajar a medio mundo, desde el Secretario de Salud para abajo, que se pueda acercar. Inclusive hay mucho marco legal para poder trabajar con estas situaciones, la ley de niñez y adolescencia, además de que es una ley de protección, la nueva ley de salud mental, toda una cantidad de herramientas jurídicas con las que se puede trabajar esto pero hay un nivel como de desaprensión tan liviana respecto de esto, te encontrás con gente que te dice “pero yo no acuerdo con esta ley”, como si habría posibilidad de que esto sea optativo. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*Los del Agudo Ávila, un desastre, no aceptan las becas, el Agudo es lo peor. [...] Con el Roque, muy jodido laburar, ahora si tienen que internar a alguien piden acompañamiento las 24 hs. El acompañamiento sale \$45 la hora y el rol del acompañante no es cuidador. [...] Pero el Roque siempre tiene 800 vueltas, con el Carrasco se trabaja bárbaro. Con el Alberdi por ejemplo no han tenido problemas [...] En el Carrasco se consigue la cama sin problemas, en los otros no. [...] Sé que el Provincial también, como se ahorcó uno o algo pasó, se quiso ahorcar o se ahorcó, tampoco, no recibían a nadie de salud mental que no sea con acompañante 24 hs, que es una fortuna. (Psicóloga, Secretaría de Salud Pública)*

*En los hospitales no todos abordan ni quieren internar gente con consumo, guardias de salud mental no tienen todos, pero creo que se está haciendo. Por problemas de consumo, intentos de suicidio, es necesario que haya espacios que por ahí están pero se niegan a recibirlos. En algunos lados ponen como más barreras. (Residente medicina general, Distrito Noroeste)*

### **Derivaciones a hospitales monovalentes**

Las problemáticas de dificultad en la accesibilidad de los efectores del segundo nivel se replican cuando se trata de derivaciones hacia unidades monovalentes.

*La mayor traba es en Hospitales monovalentes, hay una resistencia a aceptarlos. (Residente medicina general, Distrito Noroeste)*

*La respuesta del Agudo, que es el lugar adonde nosotros intentamos es bastante pobre, si no conocés a alguien que te lo reciba, tenés que empezar a hacer tráfico de influencias, y si justo no está de guardia tu amigo te lo van a patear de la puerta, y si va y no te lo atienden, chau, sonaste, no va más. Estamos con esto. O bien te lo cargás en el auto, que lo hemos hecho, y te lo llevás allá, y ponés la cara para que te lo reciban y capaz que tenés suerte y te lo reciben, tienen también mucho trabajo, yo comprendo, pero no están aceitados los mecanismos, creo que tiene que ver mucho con eso. En el Agudo tenían unos días especiales, como un comité, como algo, que tomaba esto. Cuando nosotros decíamos “te llevamos esta paciente porque quiere dejar de consumir”, había como un dispositivo de*

*admisión, de empezar a instaurar el tratamiento, después no sé, me parece que tiene que ver con que se atiende por guardia la urgencia y que después a la hora de recitar no es tan accesible. Vos imagináte que encima de que no quieren ir, cuando llegan no lo atienden rápido, se van, y no vuelven. Y hacer el vínculo con el profesional de salud mental no es fácil para nadie, mucho menos para ellos (Enfermera, Distrito Sudoeste)*

### **Trabajo con espacios de inclusión**

Diversos actores mencionan el trabajo que se realiza territorialmente desde dispositivos de inclusión que trabajan con niños y jóvenes, tales como “El tocadiscos” de reciente creación, el Centro de Protección Integral para la infancia (CPII) municipal, el Centro de día “La Posta”, inaugurado por la provincia en 2011 y el Centro Cultural “La Trinchera”.

*Una estrategia que se está desarrollando: hay un espacio, “La posta” donde va el personal de salud. Van a un lugar en medio del barrio toba donde se reúne la gente, hay un playón donde juegan a la pelota, y allí consumen. Los contactan en el playón y tratan de llevarlo a “La posta de Avellaneda” donde organizan comidas, actividades de esparcimiento. Algunos van para allá. Los que sostienen el espacio son casi todas mujeres, salvo becarios de la Provincia. (Enfermera, Distrito Norte)*

*Ellos quieren ahora en este momento un tratamiento específico para las adicciones, entonces se está viendo a través de centros terapéuticos para ver cómo llegan. Ellos, como espacio de inclusión, están yendo a un centro de día, La Posta, no es el barrio porque no hay en barrio para adolescentes de la edad de ellos. Ahí empezaron a hacer un montón de actividades, retomar la escuela, además de eso quieren algo específico sobre las drogas. Yo creo que este pedido es fruto de todo un año de trabajo con ellos, que llegaron a esa instancia de pedir algo más. Uno empezó a tener entrevistas en el Programa Andrés, también acompañado por mi y hay algunos referentes del centro de día que tramitamos una beca por medio del Programa de Adicciones de la Municipalidad, y están en el proceso ese de entrevistas. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*Está el Centro de Participación Integral para la Infancia (CPII). Por la mañana con Promoción Social tienen un aula informática y por la tarde desde hace un año hay un centro de día de abordaje de jóvenes en situación de vulnerabilidad, es un proyecto interministerial, surgió a partir de adicciones y con pacientes judicializados. (Trabajadora social, Distrito Oeste)*

*El tema con este proyecto [tocadiscos] es muy interesante porque es grupal, la idea sería armar un grupo que funcione con dinámica psicodramática, me parece que meter el cuerpo en estas situaciones es una vía más rápida que la del trabajo individual, por el tema de estar con otros. (Psicóloga, Distrito Norte)*

*Ha habido un proyecto que es el proyecto tocadiscos, que ya lo han implementado en otros lugares, y ella tiene formación en psicodrama, expresión corporal, pensamos que va a ser un excelente espacio. (Pediatra, Distrito Norte)*

### **Iglesias Evangélicas**

Otra institución referida por varios profesionales de los CAPs que aborda de alguna manera la problemática del uso de drogas son las iglesias evangélicas.

*Otra salida que muchos encuentran acá en el barrio es el tema de la iglesia, la iglesia evangélica, van muchos pibes y vos ves cómo zafan del tema de las adicciones. [...] con él [el pastor] laburamos bastante (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*La cuestión de la religión tiene una impronta bastante fuerte, porque de repente dejan el alcohol y empiezan a ir a alguna iglesia evangélica. Acá en el barrio ha habido en el último tiempo como una explosión de iglesias evangélicas y realmente hacen un acompañamiento en el tema de las adicciones, tanto para jóvenes como para adultos. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*En el barrio hay chicos que están rescatándose con las iglesias evangélicas, hay millones de profesionales pensando qué hacer con los pibes, y hay gente que haciendo desde el sentido común, va y logra cosas. (Trabajador de CTR, Distrito Sudoeste)*

### **Miniequipos**

Los Miniequipos nacen en el año 2007 en el Distrito Sur de la ciudad, a partir de la votación de los vecinos a través del Presupuesto Participativo para el financiamiento de un proyecto de prevención para niños y adolescentes. Luego de dos años de funcionar bajo esa modalidad entra en la órbita conjunta de las Secretarías de Salud Pública y de Promoción Social de la Municipalidad. En diciembre de 2011, durante el desarrollo del presente trabajo, pasa a depender exclusivamente de Salud Pública, siendo contratados como personal de planta, inaugurando una nueva etapa de estabilidad de la fuente de trabajo, ya que hasta ese momento sus trabajadores se venían desempeñando con contratos laborales precarios.

Los miniequipos realizan un trabajo de “anclaje” (mesa interinstitucional o mesa intersectorial) de referencia local donde participen todos los actores del territorio como marco para el diagnóstico de los problemas y la construcción de estrategias integrales para el abordaje de los mismos<sup>16</sup>. Los miniequipos se han constituido en referentes del abordaje del uso de drogas en toda la ciudad.

*Con miniequipos trabajamos mucho, es fundamental el trabajo de ellos. (Residente Medicina general, Distrito Sur)*

*Los 3 chicos de miniequipos acercan a la gente. (Odontóloga, Distrito Sur)*

*Con este miniequipos laburábamos muy bien, porque retomaban [...] lo de acompañar a los pibes, laburaban mucho en el acompañamiento de los pibes hacia otras instituciones. Y después laburaban mucho a nivel familiar, hacían entrevistas con la familia, quienes podían acompañar a estos pibes a salir, a generar alguna otra cosa que les interese, a ver qué les interesaba hacer, fue mucho el acompañamiento. Después se instalaban con ellos acá en la esquina, se sentaban allí, charlaban, un poco para conocerlos, para ver qué les interesaba hacer con sus vidas. Hubo efectos muy buenos con ese laburo. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

Los miniequipos tuvieron cierta movilidad, dejaron de trabajar en algunos barrios e ingresaron en otros. La evaluación de su trabajo por parte de los profesionales de los CAPs fue mayormente positiva, lamentando su partida en los lugares que dejaron y solicitando su instalación en aquellos en los que aún no han trabajado.

*Nosotros llegamos a ser siete equipos, y quedaron cinco. [...] Además de Ludueña y La Tablada, hay miniequipos en Flammarión, Itatí y Las Flores. [...] Estar un tiempo en un lugar y después pasar a otro es parte de nuestra perspectiva, pero siempre que lo defina el proceso local, no que digan “bueno, hasta acá, ahora van para allá”. El proceso local es que los pibes puedan constituir ese enlace y que esos tiempos los marca el proceso mismo del barrio, las posibilidades de armar lazos los pibes, de que las instituciones puedan acompañar estos procesos, de que los pibes puedan pasar a otra instancia y que esa otra instancia exista. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*En general, de los lugares en dónde miniequipos salió fue porque nos quedamos sin gente [...] porque la gente conseguía trabajos mejores [...] Cuando ya nos quedaba un solo compañero, no hay miniequipo. [...] entonces quedamos como los malos de la película “¡ustedes nos sacaron el equipo!”. Miniequipos se fue de Empalme y del Barrio Toba de zona norte. Y antes nos habíamos ido del sur, de Molino Blanco, y después nos fuimos también del Oeste, que estuvimos muy poquito, ahí no llegamos a constituir equipo porque la gente que tenía que llegar, no llegó. Ahora los cinco equipos que hay, por lo menos no se caen, están en salud, tienen un nivel de estabilidad importante, de hecho todos los compañeros querían pasar a salud. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*Están pedidos y agendados, tanto por la lectura que se va haciendo de cómo se mueven los barrios y también por organizaciones que han pedido vecinos en los presupuestos participativos que agendan también, de otro modo, la necesidad de tener intervenciones más ampliadas. Por ejemplo, en zona oeste no tenemos ninguna llegada y es una zona donde hay que laburar un montón, hay muchos jóvenes. Hay otros barrios también, que nosotros entendemos que necesitarían un abordaje como el de miniequipos. Pero no hay en estos momentos viabilidad para acrecentar las zonas. (Profesora de arte, Integrante de Miniequipos)*

*Se están intentando armar dispositivos barriales en relación a adicciones desde la municipalidad, miniequipos por ejemplo, pero, esto de la frazada corta, como este barrio no es de los más vulnerables, siempre quedamos para el final. Miniequipos nunca trabajó acá. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*Con este miniequipos laburábamos muy bien, [...] laburaban mucho en el acompañamiento de los pibes hacia otras instituciones. [...] todo el tiempo pasándonos información (Trabajadora social, Distrito Sur)*

*La experiencia de Miniequipos fue positiva, cuando se retiraron ahí como que los valoramos más como recurso, porque además de retirarse el miniequipos el CTR aparece con otros objetivos y cierta indefinición de cuál es la población, como más acotado a trabajar con primera infancia, así que ahí también perdimos la posibilidad de un abordaje más en conjunto, estamos con ese problema. Ellos hoy no pueden priorizar, por distintas razones, por lo menos lo que me han dicho, el trabajo con jóvenes, y entonces los que quedamos hacemos lo que podemos. (Psicóloga, Distrito Sur)*

Paralelamente a lo expresado párrafos atrás, la relación entre los miniequipos y los CAPs está atravesada por múltiples conflictos. La presencia interpelante de los miniequipos en relación a la forma de trabajo de algunos CAPs no tardó en generar críticas cruzadas.

*Se suponía que era gente con formación en trabajo social, en psicología que pudiera hacer una escucha, un abordaje de lo social, pero yo creo que con inexperiencia también, lo que hacían era devolver al paciente al médico, cuando en realidad uno, con el prejuicio de esta gente de que el médico no había hecho esa lectura. Pero no es que uno no haga esa lectura, es que por más que yo me dé cuenta de la historia, ¿qué abordaje puedo?, tengo otras responsabilidades (Médica generalista, Distrito Sur)*

*Con miniequipos, las dificultades que tuvimos con los chicos ha tenido que ver con que, cuando viene de otro lugar, por ahí viene en una actitud de “el que está acá no hizo nada”, esta dificultad lo hemos hablado con ellos, no es que no se hizo nada, se hizo lo que se podía hacer con los recursos que tenemos y no se trata de inventar algo nuevo sino de poder armar de nuevo cosas con ellos y eso por ahí nos llevó encontronazos. [...] Después de que se fueron, nosotros como equipo pudimos revalorizar, a lo mejor si se hubieran quedado hubiéramos podido “limar asperezas”. Igual laburamos un montón, con un montón de*

*familias, las discusiones fueron que ellos quedaron como los representantes de determinada cosa, de ayudar, de acompañar, y no pudieron transferir, por desconfianza, alguna de estas cuestiones a la institución. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*Se formalizaron los miniequipos, es la formalización de algo hecho a pulmón. Me genera duda si es algo que tiene que hacerse por fuera del equipo del barrio. (Trabajador de la Dirección de Atención Primaria)*

*Miniequipos tiene que ver con las particularidades de cada equipo, cada uno hace lo que puede, sin lineamientos. (Trabajador de CTR, Distrito Oeste)*

### **El trabajo intersectorial**

La complejidad de las problemáticas a las que se enfrentan en su trabajo cotidiano los CAPs, incluida la del consumo de sustancias psicoactivas, pone en evidencia la insuficiencia de las respuestas que se puedan articular exclusivamente desde el sector salud y demandan un trabajo de articulación intersectorial.

*Salud tiene que estar presente, hay un aporte desde cada disciplina necesario, pero sobrepasa a Salud muchísimo. El abordaje viene por el lado de que se encuentren y ver qué está pasando, incluir a los pibes en espacios sociales, inclusión verdadera, no un tallercito de malabares que haya en el barrio, no va a estar todo el tiempo haciendo malabares. (Enfermero, Distrito Oeste)*

*El consumo es una de las tantas cosas que pasan, no es “el problema”, tratamos de no focalizar el tema en el consumo o en la droga, entendemos que es uno de los tantos síntomas que aparecen en niños desafiados [...] y todavía estamos intentando pensar qué, cómo, cómo acercarnos, cómo abordarlo. Estamos teniendo algunas instancias de reuniones interinstitucionales. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

*Al momento lo que hoy se está pensando es “si lo hacemos lo hacemos todos juntos y si no no porque sino carga siempre con todo salud”. Entonces siempre se está especulando con la posibilidad de que Promoción Social también, a través del CTR o de los equipos, el programa y demás, estén participando porque si no queda salud solo con eso. De todas maneras la respuesta en salud sigue siendo una respuesta muy tradicional [...] no se abre la pelota demasiado [...] a una cosa más de salir al territorio y ver qué le pasa a esa familia con ese que está demandando. (Trabajadora social, Integrante de Miniequipos)*

*Una persona que viene con una problemática de estas a un centro de salud, que excede a salud, por todos lados, y que necesita de articulación con otras áreas, con otras instituciones y donde también se requiere de una implicancia de esas otras instituciones en ese laburo. [...] es una problemática que a los servicios de salud como que los desborda de alguna manera, [...] y que sólo desde la función que tiene el área de salud no basta, requiere una integración, una cuestión de acción más articulada con otras instituciones que a veces eso no pasa (Administrativo, Distrito Noroeste)*

Esta tarea interinstitucional se ve dificultada por la falta de compromiso de otras instituciones.

*En el barrio se trabaja en red con los centros de salud, pero hay una descoordinación institucional. En los CTR tenemos problemas de [...] descoordinación con otras instituciones del barrio, sobre todo los organismos municipales. (Trabajador de CTR, Distrito Norte)*

*Tiene que intervenir otra gente, trabajo intersectorial. [...] las reuniones intersectoriales, desde el año pasado se hacen reuniones semanales [...] Hay acuerdos que no se cumplen. [...] La complejidad de los problemas, adicciones por ejemplo, hay miles de*

*determinantes, faltan un montón de cosas, un trabajo mayor desde lo intersectorial, se pasan la pelota unos a otros y terminan todos fragmentados, poniendo parches. (Residente medicina general, Distrito Norte)*

*Hay una demanda más mediática de que “es un problema que salud lo debería abordar”, “es un problema de salud”... es una trampa decir que es un problema de salud. Esas son como dificultades también, porque también hay un discurso oficial que dice eso, entonces cuando vos demandás cierta articulación intersectorial, como que hay gente que ya está afuera de la cancha y tenés que pensar cómo hacés para hacerla entrar antes de ponerte a discutir cualquier cosa, ese es un obstáculo también en el abordaje. (Psicólogo, Distrito Sur)*

*Nos cuesta abordar el problema con soluciones. No sé si es un problema sólo de salud. No se resuelve encerrando al pibe, las instituciones de reclusión no solucionan. Hay cosas que tenés clara cómo tratarlo, pero adicción integra tantas situaciones de la vida. El psicólogo lo puede contener, o su familia, pero no saca el problema de raíz. Debería ser abordado más allá del sistema de salud. [...] Tiene que ver con otras cuestiones: trabajo, educación, que las familias no estén en la calle, una cuestión de inclusión. (Médica generalista, Distrito Sudoeste)*

*Laburar con otras instituciones no es fácil, y a veces pasa esto, uno cree que estamos todo en lo mismo, hablamos el mismo idioma, pensamos igual, y después aparecen diferencias. (Psicóloga, Distrito Oeste)*

*Quedamos solos los de salud, o del Crecer, que es de Promoción Social, tratando de trabajar con una cosa que me parece que está bastante excedida de nuestro modo de intervenir. (Médica generalista, Distrito Noroeste)*

Una de las demandas que desde los CAPs se realizan a otras instituciones que los entrevistados han referido más frecuentemente es la instalación de dispositivos a la altura de las necesidades del barrio.

*La apuesta, de lo que yo considero interesante en este último tiempo, es trabajar con los otros estamentos del estado, acerca de poder instalar los recursos en el territorio, porque a veces los recursos están instalados en otros lugares. (Psicóloga, Distrito Noroeste)*

*Hay que ofrecer lugares para que durante el día puedan hacer cosas, ver lo que quieren los chicos. Algunas cosas que se ofrecen desde el escritorio no tienen aceptación. (Odontóloga, Distrito Sur)*

*Eso para mí es una deuda que nosotros tenemos, que ahora estamos viendo si por medio del presupuesto participativo podemos estar armando algo en relación a ofrecerles otra cosa a los jóvenes, pero cosas que sean de su interés, no lo que a nosotros nos parece. [...] hay muchísimo en el centro, pero los pibes no llegan, de repente el que llega viene fascinado “¡no sabés todo lo que había en el Centro de la Juventud, me anoté para hacer el malabar y la acrobacia!”, pero es uno, yo tengo 25 que podrían llegar. Eso, para mí a nivel del estado, tendría que haber más trabajo de inclusión en el barrio. (Psicóloga, Distrito Sudoeste)*

*El Programa joven tiene talleres, pero estamos lejos de los lugares donde se hacen esas cosas. Algunos pibes no salen del barrio. (Psicóloga, Distrito Noroeste)*

*Es difícil salir del barrio, para los chicos es como que hay una línea imaginaria que separa este barrio del resto de la ciudad [...] nosotros tratamos de que salgan, pero hasta nos han dicho que ir en colectivo los marea, que los miran feo por ser de este barrio, por ser*

*morochos, por cómo van vestidos, te dicen mucho esas cosas. [...] tendría que haber más ofertas de capacitaciones laborales en los barrios, porque los pibes por ahí al distrito no llegan. [...] Las propuestas de capacitaciones y demás son buenas, a los pibes le entusiasman, no es que están desubicados en cuanto a los intereses de los pibes, a nosotros nos parece que no, el tema es o que estén más cerca, que haya gente que pueda laburar lo previo para que ellos puedan llegar allá. (Trabajadora social, Distrito Sur)*

### **Políticas sociales**

Durante las entrevistas aparece insistentemente un reclamo por perfeccionar las políticas sociales existentes como forma de abordaje del uso de drogas.

*Más espacios públicos, institucionalidad de lo público en estos barrios, algo más que tapar un pozo. Un tema son los derechos sociales, los asentamientos y la tenencia de tierra. En conjunto con Niñez y Adolescencia, llegar a la “reconstrucción del lazo comunitario [...] Cambios culturales y repartido de la tierra, vivienda. [...] No hay que hacer una tallerización de la pobreza, hacer una “propuesta pelopincho”: divertida pero poco profunda. (Trabajadora social, Distrito Oeste)*

*La mejora en el abordaje en general tiene que ver con políticas inclusivas, de la mano de la intersectorialidad. En algunos barrios, por la urgencia o la evidencia más del problema, hay lugares donde se ha decidido políticamente que son más prioritarios y hoy en día hay reuniones intersectoriales, con la participación de seguridad comunitaria. (Psicóloga, Distrito Sur)*

*El ofrecimiento de espacios más que nada para adolescentes, estoy hablando de políticas sociales en general, porque el problema en sí de las adicciones se aborda indirectamente, uno tiene que contar con estos espacios ante el pedido expreso de alguna persona, pero si no es ofreciendo espacios de inclusión y que la persona pueda transitar por algunos lugares, que no sea la nada, estar todo el día en el barrio, en una esquina, tomando alcohol, drogándose porque no hay ningún tipo de expectativas de inclusión. (Trabajadora social, Distrito Noroeste)*

*Para mejorar el abordaje, “el flagelo de la droga” no depende de la droga, depende de las condiciones de vida, no hacemos nada abordando sólo adicciones. (Médica generalista, Distrito Sudoeste)*

*Por más que exista la pastilla mágica de que vos se la das y deja de consumir, cuando volvió a la casa se encuentra con la realidad de siempre, ya sea económica o la naturalización que tiene la droga en el barrio, porque lo que lo llevó a consumir en su momento lo va a volver a llevar a consumir, más allá del abordaje que pueda hacer el psicólogo. Uno puede tener intenciones singulares, pero si uno no interviene de lo general a lo particular, si uno no interviene en esos niveles es un esfuerzo de los equipos, que ya de por sí están demasiado sobresaturados con un montón de responsabilidades que genera esto (Médico generalista, Distrito Sudoeste)*

**12. TABLAS Y GRÁFICOS**
**Tabla 1: Resultados de las escalas de opinión.**

	Totalmente de acuerdo y De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo
<b>El problema de las drogas se deben tratar desde instituciones especializadas, no desde los CAPs</b>	15 11,72%	5 3,91%	97 75,78%
<b>La droga que causa mayores problemas de salud pública es el alcohol</b>	82 64,06%	13 10,16%	25 19,53%
<b>El alcohol es una droga</b>	108 84,38%	5 3,91%	7 5,47%
<b>Si el tabaco y el alcohol fueran tan nocivos como las drogas estarían prohibidos</b>	13 10,16%	5 3,91%	103 80,47%
<b>Hay sustancias legales que son más adictivas o peligrosas que algunas drogas ilegales</b>	109 85,16%	7 5,47%	5 3,91%
<b>El uso de drogas no siempre es un problema de salud</b>	78 60,94%	5 3,91%	37 28,91%
<b>Todas las drogas son adictivas</b>	62 48,44%	4 3,13%	54 42,19%
<b>No todos los usuarios habituales de drogas son adictos</b>	88 68,75%	7 5,47%	27 21,09%
<b>Si no deja de consumir, el que experimenta con drogas caerá tarde o temprano en la adicción</b>	50 39,06%	6 4,69%	64 50,00%
<b>Un tratamiento por drogas sólo puede considerarse exitoso si el paciente deja de consumir</b>	29 22,66%	3 2,34%	89 69,53%
<b>Se puede asesorar a los usuarios para que puedan consumir con menos riesgos para su salud</b>	96 75,00%	8 6,25%	16 12,50%
<b>Pasar de una droga más peligrosa a otra menos tóxica es un éxito de tratamiento</b>	51 39,84%	17 13,28%	54 42,19%
<b>No existen drogas “livianas” y drogas “pesadas”, todas son igualmente peligrosas</b>	40 31,25%	8 6,25%	72 56,25%
<b>Si se despenalizara el uso de drogas el usuario accedería más fácilmente al sistema de salud</b>	57 44,53%	18 14,06%	45 35,16%
<b>Si se despenalizara el uso de drogas su consumo aumentaría</b>	18 14,06%	20 15,63%	82 64,06%

### 13. DISCUSIÓN

En cuanto a las prácticas desarrolladas en los CAPs municipales de la ciudad de Rosario investigados (objetivo 1) y la opinión de los actores implicados al respecto (objetivo 2) se detectó en primer lugar un reclamo acerca de carencia de líneas directrices en la política pública municipal en relación a las drogas, que se expresa en primer lugar en la reducción del denominado “Programa” de Adicciones a una entidad que gestiona la tercerización de la asistencia transfiriendo recursos financieros desde el estado municipal a instituciones privadas, cuyas modalidades de intervención son muchas veces cuestionadas o incluso desconocidas por muchos profesionales de CAPs. La falta de continuidad de Programas e Instituciones, la falta de apoyo en recursos materiales y humanos son otros indicadores de dicha falta de lineamientos.

Se evidencia una preocupación acerca de la dificultad en la accesibilidad de los pacientes usuarios de drogas y en su posterior adherencia (o accesibilidad ampliada). Se enfrentan en este punto diversos posicionamientos de los actores implicados: mientras que algunos, desde un modelo clínico asistencial consideran que no se puede intervenir cuando no existe demanda explícita, la mayoría intenta sostener, en alguna medida, esta situación como una interpelación de sus propias prácticas como profesionales de la atención primaria, aspirando a la construcción de nuevas (o perfeccionamiento de las existentes) herramientas de abordaje comunitario o de trabajo en territorio.

Muchos CAPs desarrollan diversas prácticas que, explícita o implícitamente, están enmarcadas en la estrategia de RRDD (distribución de kits de inyección segura para UDIs, terapia sustitutiva de metadona, consejería en RRDD, etc.), pero en casi todos los casos relevados, estas acciones se desarrollan como intentos aislados e inconexos, quedando librados al criterio de los actores locales y careciendo de apoyo concreto a sus iniciativas, otro indicador de la carencia de una política oficial clara al respecto.

Se detectaron problemas en varios CAPs que desarrollan o han desarrollado una política de medicalización con benzodiazepinas para usuarios de drogas, lo cual ha generado una demanda sostenida y en ocasiones violenta.

En cuanto a derivación hacia otros efectores, se encontró que un 61,72% de los sujetos encuestados refirió que en su CAP se efectuaron derivaciones vía beca municipal a diversas ONGs, un 24,22% dio cuenta de derivaciones a efectores del segundo nivel, un 15,63% realizó internaciones en unidades monovalentes y un 10,16% refirió trabajar en conjunto con otras instituciones de inclusión.

El recurso de derivación mayoritariamente utilizado (ONGs) es también, como se mencionó, frecuentemente muy criticado (desconocimiento de los profesionales acerca de sus pautas de trabajo, pérdida de contacto del paciente por parte del equipo de trabajo durante su estancia en la institución, diferencias en cuanto al abordaje desarrollado, en ocasiones atravesado por el discurso religioso, etc.), lo cual nos lleva a preguntar en qué medida funciona como una estrategia expulsiva por parte de profesionales que se encuentran desbordados por su tarea y se hallan en la necesidad de dar respuesta a una demanda sin contar con los recursos que consideran necesarios, siendo ésta la única herramienta que les ofrece el estado. La derivación a hospitales generales y monovalentes sigue adoleciendo de muchas trabas para el ingreso, aunque los actores reconocen que es una situación que ha mejorado en el último tiempo, incluso desde antes de la sanción de la Ley de Salud Mental y fortalecido por esta.

Los miniequipos aparecen como un referente en el abordaje del uso de drogas, incluso en los sectores de la ciudad donde nunca han trabajado. Con una clara orientación de trabajo

territorial, mantienen una relación de permanente interpelación hacia los actores que sostienen prácticas clínico asistenciales.

Por último, el trabajo intersectorial aparece muchas veces dificultado por la escasa participación de otras instituciones que consideran al problema como responsabilidad de Salud.

En cuanto a las representaciones sociales y saberes en relación a las drogas que poseen los trabajadores de los CAPs, del análisis de las escalas de opinión se pudo desprender lo siguiente:

La gran mayoría concuerda en que “el alcohol es una droga” (84,38%) y en que “hay sustancias legales que son más adictivas o peligrosas que algunas drogas ilegales” (85,16%), desaprobando la idea de que “si el tabaco y el alcohol fueran tan nocivos como las drogas estarían prohibidos” en un 80,47%, lo que estaría indicando que hay un gran consenso en no confundir peligrosidad con legalidad.

En referencia a la actual Ley de drogas hay una leve tendencia positiva a considerar que “si se despenalizara el uso de drogas el usuario accedería más fácilmente al sistema de salud” (estuvieron de acuerdo con esa afirmación el 44,53% de los encuestados, mientras que el 35,16% la rechazó). Sin embargo muy pocos sujetos se refirieron a este aspecto en forma espontánea durante la entrevista, por lo que se puede inferir que este tema no tiene una presencia importante en el imaginario de estos sujetos.

Mucho más consenso parece haber en contra de la idea de que “si se despenalizara el uso de drogas su consumo aumentaría”, que es rechazada por el 64,06% de los encuestados, y defendida tan sólo por el 14,06%.

Algunas concepciones fundamentales de la perspectiva de la RRDD recibieron apoyo mayoritario: un 69,43% rechaza la idea de que “un tratamiento por drogas sólo puede considerarse exitoso si el paciente deja de consumir” y un 75% concuerda en que “se puede asesorar a los usuarios para que puedan consumir con menos riesgos para su salud”.

Sin embargo sólo un 39,84% apoya la idea (coincidente con la RRDD) de que “pasar de una droga más peligrosa a otra menos tóxica es un éxito de tratamiento”, frente a un 42,19% de rechazos. Como autocrítica metodológica, quizás la inclusión de la palabra “éxito” en el enunciado, en lugar de un término más relativo como podría haber sido “logro”, desvirtuó el sentido de las respuestas obtenidas provocando un mayor número de no coincidencias con la afirmación.

Rastreando la representación social que considera que todos los usuarios son adictos, encontramos que son minoría los trabajadores de CAPs encuestados que parecen sostenerla: el 28,91% rechazó la idea de que “el uso de drogas no siempre es un problema de salud” (contra un 60,94% de aceptación) y el 21,09% no estuvo de acuerdo con que “no todos los usuarios habituales de drogas son adictos” (frente a un 68,75% de adherentes).

Finalmente la concepción de que todas las drogas son adictivas muestra una gran paridad de aceptaciones y rechazos: indagado en forma directa (“todas las drogas son adictivas”) sólo el 42,19% no estuvo de acuerdo (y rechazado por el 48,44%), mientras que la afirmación “si no deja de consumir, el que experimenta con drogas caerá tarde o temprano en la adicción” fue rechazada por el 50% (contra un 39,06% de acuerdo).

En cuanto a la elaboración de sugerencias para el mejoramiento del abordaje de los problemas derivados del uso de drogas desde los CAPs de la Municipalidad de Rosario (Objetivo 4) remitimos al siguiente apartado.

### **13.1 Relevancia para políticas e intervenciones sanitarias**

A partir del ordenamiento y jerarquización de las sugerencias para el mejoramiento del abordaje de la problemática del uso de drogas desde los CAPs municipales de Rosario realizadas por los propios trabajadores relevadas en el presente estudio, se elabora el siguiente listado de recomendaciones. Las mismas están pensadas para la ciudad de Rosario, pero teniendo en cuenta los distintos contextos políticos y socioculturales podrían ser de utilidad, al menos parcialmente, para otros espacios.

1 – Una política de drogas más clara en el ámbito de salud, que sin romper con la autonomía de los equipos locales brinde lineamientos que impriman una direccionalidad más definida a las decisiones de los mismos.

2 – El aseguramiento a cada equipo local de un abanico de recursos básicos para el abordaje de la problemática que, sumados a aquellos otros que cada CAP pueda construir en el trabajo territorial, formarán el conjunto de las herramientas disponibles localmente.

3 – El compromiso político, expresado en términos del establecimiento de las partidas presupuestarias necesarias para la continuidad de los proyectos, programas e instituciones que han aportado herramientas útiles, así como la provisión de personal y recursos necesarios para la tarea y el financiamiento de actividades gestionadas desde lo local.

4 – El desarrollo de un trabajo intersectorial más intenso, a partir de la definición política de que el abordaje del uso de drogas, entre otras problemáticas, no puede ni debe ser abordados únicamente por el sector salud.

5 – En la misma línea que el punto anterior, una mayor llegada al territorio de políticas públicas de inclusión.

### **13.2 Relevancia para la formación de recursos humanos en salud**

Del análisis de los obstáculos para un correcto abordaje del uso de drogas referidos por los propios actores implicados se desprende la importancia de la formación de los profesionales trabajadores de la salud pública. Frente a la hegemonía de una mirada clínico asistencial es necesario intensificar la formación en modelos de intervención comunitarios y territoriales (incluidos los inspirados en la RRDD), con sus herramientas y abordajes particulares. Una formación más sólida en salud pública y particularmente en la estrategia de APS. Por último, el énfasis en “lo inter”: la interdisciplina, la interinstitucionalidad y la intersectorialidad como forma de reconocimiento de la insuficiencia de los enfoques parcializados en el abordaje de las problemáticas complejas.

### **13.3 Relevancia para la investigación en salud**

El desarrollo de otras investigaciones de este tipo en diversas unidades geográficas permitirá relevar las diferentes herramientas construidas en cada ámbito local para el abordaje de problemáticas complejas, abriendo la posibilidad de estudios comparativos. También sería de utilidad para la realización de monitoreos a los efectos de indagar acerca de las prácticas “reales” desarrolladas, muchas veces diferentes de las prácticas declamadas como “oficiales”.

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup>ROVERE M. Una ciudad modelo en salud pública. En Experiencia Rosario. Políticas para la gobernabilidad. Rosario. 2006.
- <sup>2</sup>ROSSI D, PAWLOWICZ M P y ZUNINO SINGH D. Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario: la perspectiva de los trabajadores de la salud. Intercambios asociación civil, Buenos Aires. 2007.
- <sup>3</sup>PROGRAMA MUNICIPAL DE SIDA. Reducción de daños en adicciones a drogas. En <http://www.pmsida.gov.ar/prevencion/redan.htm> (último acceso Abril de 2012).
- <sup>4</sup>MOSCOVICI S. Psicología Social II. Pensamiento Y Vida Social. Psicología Social y Problemas Sociales. Paidós, Barcelona. 1993.
- <sup>5</sup>VASILACHIS DE GIALDINO I. Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales. Gedisa Editorial, Barcelona. 2003.
- <sup>6</sup>INCHAURRAGA S et al. Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencia de Reducción de Daños en la Argentina. CEADS/UNR – ARDA, Rosario. 2002.
- <sup>7</sup>ROMANÍ O. Las Drogas. Sueños y Razones. Editorial Ariel, Barcelona. 1999.
- <sup>8</sup>DEL CARLO C. La estrategia de Reducción de Daños y los Derechos Humanos. En Revista Argentina de Psicología. Nro 48, Abril de 2010. (disponible en: <http://www.apbarap.com.ar/>).
- <sup>9</sup>INCHAURRAGA S et al. Drogas y Políticas Públicas. El modelo de Reducción de Daños. Espacio Editorial, Buenos Aires. 2001.
- <sup>10</sup>SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA. Caracterización de la problemática de las adicciones en la ciudad de Rosario. Rosario. 2007.
- <sup>11</sup>VALLES M. Técnicas cualitativas de investigación social. Editorial Síntesis, España. 1999.
- <sup>12</sup>SPINK M J. Investigación cualitativa en salud: superando los horrores metodológicos. En Salud, cambio social y política. INSP, Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud, México. 1999.
- <sup>13</sup>DEJOURS C. Organización del trabajo y salud. Editorial Lumen, Argentina. 1998.
- <sup>14</sup>ABONIZIO M. Antropología y Salud. Drogas: políticas, servicios y prácticas en salud. Rosario. 2008.
- <sup>15</sup>SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA. Adicciones: desafíos y abordajes. Rosario. 1998.
- <sup>16</sup>MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. La problemática del consumo en niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Rosario. 2008.

## 15. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria de la Salud
CAP	Centro de Atención Primaria
CEADS	Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y Sida
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario
CPPI	Centro de de Protección Integral para la infancia
CTR	Centro Territorial de Referencia (Ex Centros Crecer)
HECA	Hospital de Emergencias Clemente Álvarez
PROMUSIDA	Programa Municipal de Sida
RRDD:	Reducción de daños
UDI	Usuario de drogas inyectables
UNR	Universidad Nacional de Rosario

## 16. ANEXOS

Plano 1: Ubicación de los CAPs municipales y delimitación distrital de la ciudad de Rosario

