

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Sistema y servicios de salud para la atención de drogadependientes en un municipio de la provincia de Buenos Aires.

Wilner, Alejandro Daniel, Telo, Maria Laura y
Vázquez, Andrea Elizabeth.

Cita:

Wilner, Alejandro Daniel, Telo, Maria Laura y Vázquez, Andrea Elizabeth (2014). *Sistema y servicios de salud para la atención de drogadependientes en un municipio de la provincia de Buenos Aires*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/59>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/1kD>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SISTEMA Y SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE DROGADEPENDIENTES EN UN MUNICIPIO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Wilner, Alejandro Daniel; Telo, Maria Laura; Vázquez, Andrea Elizabeth
Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad Nacional de Lanús. Argentina

RESUMEN

En el presente artículo, nos proponemos reflexionar sobre las características, históricas y actuales del sistema de salud en Argentina y cómo estas se relacionan con las redes de atención para personas con problemas de drogadependencia de un municipio de la Provincia de Buenos Aires. La estrategia metodológica utilizada adhiere a las dimensiones básicas de la investigación en políticas, sistemas y servicios de salud. Se estudian los modelos de atención que promueven los servicios de salud y los dispositivos de gestión del distrito seleccionado de manera de implementar respuestas y abordajes desde la perspectiva del paradigma de la complejidad en salud y con el modelo que promueve la Ley Nacional de Salud Mental. Por último, se presentan algunos resultados preliminares de la investigación para su discusión. La relevancia de estudiar estos itinerarios, se relaciona con la importancia de conocer los modos en que los sujetos construyen sus decisiones de consulta y el modo en que estas se relacionan con la utilización de los Servicios.

Palabras clave

Sistema de salud, Dispositivos, Procesos de atención drogadependientes

ABSTRACT

SYSTEM AND HEALTH SERVICES FOR THE ATTENTION OF THE DRUG-DEPENDENT IN A MUNICIPALITY IN THE PROVINCE OF BUENOS AIRES
In the following article we propose to consider about the present and historic characteristics of the health care system in Argentina, and study how these relate to the service network for the attention of drug-dependent persons in a municipality in the province of Buenos Aires. The methodological strategy used in this study subscribes to the basic dimensions of research in policies, system and services in health. We study the models of attention that the health services promote, and the management devices used in the selected district to implement responses from the perspective of the complexity paradigm and with the model promoted by the National Law in Mental Health. At the end, we present some preliminary results of the research for discussion. The relevance of studying these itineraries relate with the importance of knowing the ways in which someone makes their consult decisions and how these associate with the use of the health services.

Key words

Health system, Devices, Process of attention drug-dependent

Introducción

El presente artículo constituye un avance en la construcción de las categorías teóricas del proyecto de investigación: *“Trayectorias institucionales de pacientes drogadependientes en tratamiento en Servicios de salud de un Municipio de la Provincia de Buenos Aires”*[1] que se encuentra en curso.

El problema de investigación del proyecto, está centrado en relevar cuáles son las variables que determinan las trayectorias institucionales de pacientes drogadependientes en el escenario de las modificaciones que supone la implementación de respuestas y abordajes desde la perspectiva del paradigma de la complejidad en salud y con el modelo que promueve la Ley Nacional de Salud Mental.

La relevancia de estudiar estos itinerarios, se relaciona con la importancia de conocer los modos en que los sujetos construyen sus decisiones de consulta y el modo en que estas se relacionan con la utilización de los Servicios.

El trabajo tiene como objetivo describir algunos de los dispositivos que se implementan en el nivel local para dar cuenta de los padecimientos en salud mental, y - especialmente - para organizar los procesos de atención y de gestión según el paradigma propuesto por el nuevo marco normativo.

Tales conocimientos podrían ser insumos para los niveles de decisión políticos. Se desprende además, la posibilidad de estrechar lazos entre la producción académica y la toma de decisiones en el Sector Salud.

Metodología

La estrategia metodológica definida adhiere a las dimensiones básicas de la investigación en políticas, sistemas y servicios de salud (Almeida, 2000): abordaje de distintos niveles de análisis: económico, institucional, de la vida cotidiana (Stolkiner, 2005); articulación entre academia y servicios de salud (Stolkiner, 2001).

Para describir los marcos normativos nacional, provincial y local, así como la definición de conceptos de importancia como accesibilidad a los servicios, modelos de atención y de gestión y trayectoria de los usuarios, entre otros, se realizó una revisión bibliográfica y documental.

La descripción de los servicios de salud para la atención de drogadependientes del subsistema de salud estatal local, se realizó tomando como fuentes: entrevistas con informantes clave y observaciones no participantes en dispositivos de atención del territorio seleccionado. Además, el equipo desarrolló un proceso de asistencia técnica y metodológica a un dispositivo de gestión instituido en el municipio que articula diferentes sectores de manera de coordinar las acciones de los servicios para el abordaje de los padecimientos en salud mental.

Las unidades de análisis están constituidas tanto por los discursos y las prácticas de los pacientes drogadependientes y sus familiares como por los de los trabajadores de la salud y, consecuen-

temente, los procesos de atención implementados a nivel de los efectores sanitarios.

Para la producción de información primaria, el equipo diseñó y utilizó como instrumentos: una Guía de observación para sistematizar los procesos de observación no participante en los dispositivos de atención seleccionados y un cuestionario (basado en una grilla tópica) para la realización de las entrevistas semiestructuradas a informantes clave.

Como fuentes secundarias, se revisaron diversos documentos: registros, protocolos de atención, relevamientos de organismos locales y de otras jurisdicciones, etc.

El sistema de salud en Argentina

El sistema de salud en la Argentina ha sido definido como fragmentado y heterogéneo (Belmartino, 2005). Fragmentado en tres subsectores - público, privado y de la seguridad social - que se articulan débilmente; a la vez la fragmentación se reproduce al interior de cada uno de esos subsectores. Así el público se subdivide en las jurisdicciones nacional: con un escaso número de efectores pero con una importante capacidad de financiamiento, provincial: propietaria de buena parte de los hospitales y centros de salud en casi todo el país y municipal: que desarrolla acciones básicamente en el primer nivel de atención aunque en algunas grandes ciudades desarrolla y sostiene servicios de internación, incluso de alta complejidad. Esta fragmentación se reproduce también en los subsectores privado y de la seguridad social fundamentando otra de las características del sistema, la heterogeneidad.

Ambas características, fragmentación y heterogeneidad, se potencian y determinan la inequidad en la prestación sanitaria y la limitación básica en el acceso a los servicios mediada por la capacidad de demanda de los sujetos, tanto individuales como colectivos. Estas características del sistema no sólo impactan en términos globales en términos de salud sino también en los atinentes a las condiciones sanitarias de cada uno de los sujetos que demanda cuidados; así se vincula claramente con las trayectorias en una relación de determinación.

Siguiendo a Belmartino (2005) reconocemos la historicidad del proceso que determinó que el sistema de salud argentino tenga estas características, adherimos también a esta autora en el sentido que son los actores que "jugaron" en ese escenario los que configuran las relaciones al interior del entramado de organizaciones e instituciones que componen el sistema. Previamente a la década del '40 del siglo pasado, la salud, era un tema eminentemente privado y el Estado sólo se ocupaba de las cuestiones que afectaban al colectivo social (epidemias, catástrofes, urgencias en general) y de aquellas enfermedades y padecimientos que resultaban riesgosos para el cuerpo social (como las enfermedades infecciosas y los padecimientos de salud mental). La salud de aquellos que no podían costear la atención médica se cubría de dos maneras: a través de mecanismos solidarios vinculados fundamentalmente con las mutuales, y a partir de las sociedades de beneficencia y las órdenes religiosas que brindaban atención a los sectores pobres y excluidos. En este escenario, la máxima autoridad sanitaria nacional (la Dirección Nacional de Higiene), se encontraba en el organigrama del Ministerio del Interior, responsable de la seguridad y el orden en el país.

Esta situación se modificó con la llegada del peronismo al poder, que definió a la salud como un derecho social y al Estado como el actor obligado para proveer los cuidados colectivos, pero también los individuales. El organismo del Estado responsable del cuidado de la salud fue primero la Secretaría de Salud y luego del Ministerio

de Salud Pública, cuyo primer Ministro fue el Dr. Ramón Carrillo. Son conocidas las definiciones de Carrillo respecto de la determinación social del proceso salud - enfermedad - atención - cuidado y la consecuente intervención estatal que caracterizó a su gestión, cuyo resultado fue una gran ampliación de la capacidad instalada pública que alcanzó al final de su mandato como Ministro (1951) una duplicación de la cantidad de camas disponibles en el país de las que, aproximadamente, el 80% eran públicas. Durante ese período histórico fue también importante la puja al interior del gobierno a partir de la decisión de generar una sistema de seguridad social vinculado al trabajo, las obras sociales, germen de un tercer subsistema - hasta ese momento sólo eran relevantes los subsectores público y privado - que tensionaría la construcción de ciudadanía vinculada con el derecho a la salud.

Con el derrocamiento del peronismo, la llamada "Revolución Libertadora" retrotrae muchos de los avances que se habían registrado en la expansión pública de la salud y la caracterización del Estado Nacional como un actor relevante en el escenario sanitario. En junio de 1957, un informe técnico de la gestión nacional define que es necesario transferir a las provincias y municipios las competencias de salud y que de esta manera se debía también propender al desarrollo del sector privado (Rovere, 2004). Esta decisión debilitó a la Nación en su capacidad de rectoría a la vez que instaló nuevamente el desarrollo hacia la fragmentación y heterogeneidad y, consecuentemente, el debilitamiento del ejercicio del derecho.

Esta tendencia se profundiza aún más cuando en los 70, la dictadura de Onganía establece la generalización del sistema de obras sociales - financiado básicamente por los propios trabajadores, y por lo tanto heterogéneo en sus prestaciones y servicios en términos cualicuantitativos -, la creación del INSSJP como principal organismo de la seguridad social en el país. Se consolida entonces el subsistema de la seguridad social que genera acuerdos con el subsector privado y con las corporaciones médicas y de propietarios de clínicas y sanatorios - el llamado Pacto Corporativo - promoviendo el crecimiento del subsector privado en detrimento del público. En este período los hospitales nacionales son transferidos masivamente a provincias y municipios y las obras sociales son saqueadas por parte de las intervenciones militares, asimismo las desapariciones y los exilios restan capacidad técnica a los planteles de ministerios y secretarías de salud en los diferentes niveles jurisdiccionales.

Ya en los 80, con la vuelta de la democracia, el contexto es el de recuperación y promoción de derechos - entre ellos a la salud - con un aparato del Estado que había sido seriamente afectado por la dictadura, como la infraestructura de la salud pública y de la seguridad social médica, a la que se agrega la inestabilidad política y económica y el fuerte endeudamiento externo. Se intentó reunificar el sistema con la constitución de un seguro nacional de salud, cuya ley se aprueba (pero nunca se reglamenta) en 1985.

En la década del '90 se produce una importante reforma sanitaria que instala fuertes componentes de privatización en las lógicas del sistema público de salud con iniciativas como la del hospital público de autogestión o la libre elección de obra social en el subsector de obras sociales. Paralelamente son los organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial, fundamentalmente) los que definen las políticas sanitarias desde el Ministerio de Economía, convirtiendo al Ministerio de Salud en un simple implementador (Belmartino, 1999). El Estado nacional establece algunas pautas de regulación en la seguridad social como el plan médico obligatorio (PMO) e instala organismos reguladores en este subsector como la Superintendencia de Servicios de Salud, sin embargo el establecimiento de mecanismos de mercado fragmenta aún más el sistema.

En el siglo XXI, la resistencia de las organizaciones gremiales y la crisis institucional del 2000, impiden la planificada desregulación integral de las obras sociales. Justamente bajo el argumento de la crisis se declaró la emergencia sanitaria que mejoró las condiciones de financiamiento del subsector privado disminuyendo, por ejemplo, la cobertura de medicamentos en la seguridad social y otras prestaciones garantizadas en el PMO que pasó a ser un PMO de emergencia (PMOE). Por otro lado, ya más entrada la primera década del siglo, la política sanitaria cambió poco respecto de sus antecedentes, sobre todo respecto de su fragmentación y heterogeneidad; el Ministerio de Salud de la Nación tuvo momentos en que pudo regir el sistema de salud durante los períodos más emergentes, sin embargo cuando mejora la situación socioeconómica y la capacidad de provincias y municipios de sostener su propia gestión, la influencia del nivel central decayó nuevamente.

Esta caracterización del sistema de salud en nuestro país no escapa a las condiciones en que desarrolla sus tareas en la Provincia de Buenos Aires en general y en el municipio bajo análisis en particular. La fragmentación y la heterogeneidad macro se reproduce a nivel micro, lo que genera desarticulación a nivel de cada uno de los subsistemas, entre ellos y también heterogeneidad en la cantidad y calidad de las prestaciones de las que participan los usuarios en diferentes espacios sociales del Municipio. Esta situación tiene un impacto directo sobre el proceso salud - enfermedad - atención - cuidado, ya que limita la accesibilidad a los servicios, a las prestaciones sanitarias de diferentes tipos de complejidad biomédica y social, a los bienes y servicios sociales, y a otro tipo de servicios y beneficios.

Sistema y servicios de salud para la atención de drogadependientes

Para la atención de drogadependientes en el Municipio bajo análisis, existe un primer nivel de atención específica que depende de la Provincia de Buenos Aires (de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud), se localiza un CPA - Centro Provincial de Atención - en la zona céntrica del Municipio, prestando servicios clínicos y de hospital de medio día.

Sin embargo, este no es el único efector del primer nivel, el Municipio posee una compleja red de unidades sanitarias y centros de salud presente en todo su territorio, que incluye prestaciones de salud mental individuales, colectivas y comunitarias que abordan también la problemática de las adicciones. Por otro lado, hay 4 hospitales provinciales en el Municipio, 1 de alta complejidad y con referencia interzonal, 1 Zonal de mediana complejidad, otro local - que se propone como referente en salud mental - y un Zonal especializado en oncología. En todos los hospitales se prestan servicios de salud mental y en el interzonal y en el zonal, acciones específicas sobre adicciones. Es importante destacar una iniciativa que se desarrolla en el Municipio para avanzar sobre la desarticulación en los servicios de atención en salud mental, que incluye a los dispositivos para el abordaje de las problemáticas de drogadependencia. Se trata de un espacio de articulación intersectorial en salud mental que integra a áreas municipales de salud (Salud Mental, Adicciones, Emergencias, efectores del primer nivel de atención), de desarrollo social (Políticas Sociales, Niñez Adolescencia y Familia, Género y Diversidad Sexual), de cultura y deportes y defensa civil; a áreas provinciales de salud (direcciones de hospitales, centro de prevención de adicciones de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Región Sanitaria) y a una entidad nacional como la Universidad. Además se proyecta la incorporación de áreas de justicia.

Este dispositivo se propone, como planteábamos, la articulación de los servicios y la implementación de un modelo de gestión integral

de la red de atención en salud mental y un modelo de atención intersectorial e integrador.

Resultados preliminares

Es posible plantear algunos resultados preliminares:

-Diversidad y desarticulación: identificamos que los dispositivos de atención en el nivel local son diversos, con multiplicidad de recursos de diferentes índoles y con diversas dependencias jurisdiccionales. La desarticulación es la norma, con lo que es posible que el mismo usuario obtenga cuidados en diversos dispositivos y que potenciales usuarios carezcan de acceso a los servicios. Asimismo, efectores de la misma jurisdicción están desarticulados entre sí y con los dependientes de otras jurisdicciones, sin embargo existen mecanismos para la articulación de servicios que no son sistemáticos y que en su mayoría depende de iniciativas personales.

-Desinformación y desconocimiento: la misma desarticulación de los dispositivos produce un desconocimiento de los recursos disponibles en la red que genera dificultades en el acceso a los mismos, tanto para usuarios como para los profesionales.

Discusión

La institución de un dispositivo de gestión específico que reconoce la desarticulación como principal problema resulta auspiciosa ya que podría ser efectivo en el abordaje de esta situación, facilitando el acceso de los usuarios a los servicios organizando los recursos, modelos de atención y de gestión en la jurisdicción. Asimismo, este dispositivo se constituye como promotor del modelo de atención que propone la ley nacional de salud mental y adicciones.

Resulta también interesante que el trabajo coordinado entre organizaciones de gestión y la Universidad desarrollen sinergias en el ámbito de la salud en general y de la salud mental en particular. El equipo de investigación, haciendo las veces de un "tercer actor" con cierta neutralidad podría promover la mediación entre las jurisdicciones y la articulación entre los actores institucionales. Por otro lado, es también relevante que los actores participantes en el dispositivo articulador reconocen que la función de la Universidad es importante desde la sistematización de las prácticas, la propuesta de desarrollo de nuevas iniciativas de gestión y atención, la posibilidad de promover reflexiones sobre las prácticas, etc.

Es necesario diferenciar entre problemas de equidad y problemas de accesibilidad.

NOTA

[i] Implementado por un equipo interdisciplinario de investigadores del Centro de Salud Mental "Mauricio Goldenberg". Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.
Acreditado por la Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad Nacional de Lanús.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, C. (2000): Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo histórico y tendencias. Cuadernos para la Discusión Número 1. Red de Investigación de Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Río de Janeiro.

Belmartino, S. (1999): Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro? Buenos Aires: Lugar Editorial.

Belmartino, S. (2005): La Atención Médica Argentina en el Siglo XX. Instituciones y Procesos Buenos Aires: Siglo XXI Editores

Rovere, M. (2004): La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto, en <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf> (5 de junio de 2014).

Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. Actualidad Psicológica, 239, Año XXVI, 26-29.

Stolkiner, A. (2005, Octubre). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología. FEPPRA, Posadas, Argentina.