

En VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales - UBA. Buenos Aires: Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales - UBA..

# El vinculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud.

Pawlowicz, María Pía, Zunino Singh, Dhan, Rossi, Diana, Galante, Araceli, Goltzman, Paula y Touze, Graciela.

Cita:

Pawlowicz, María Pía, Zunino Singh, Dhan, Rossi, Diana, Galante, Araceli, Goltzman, Paula y Touze, Graciela (2009). *El vinculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud. En VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales - UBA. Buenos Aires: Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales - UBA..*  
Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/127>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/n3w>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

**VIII Jornadas Nacionales de Debate  
Interdisciplinario en Salud y Población**

**Instituto de Investigaciones Gino Germani  
Facultad de Ciencias Sociales - UBA  
29, 30 y 31 de julio de 2009**

**Área de trabajo:**

**1. Proceso de salud, enfermedad y atención: VIH/sida, drogas, enfermedades crónicas y cuidados paliativos.**

**Título**

*El vínculo de los usuarios de drogas y los trabajadores de la salud como factor decisivo en el acceso a los servicios de salud.*

**Autores**

Pawlowicz, María Pía<sup>1, 2, 4</sup> Zunino Singh, Dhan<sup>1, 2</sup>; Rossi, Diana<sup>1, 3</sup>; Galante, Araceli<sup>3, 4</sup>; Goltzman, Paula<sup>1, 3</sup>; Touzé, Graciela<sup>1, 3</sup>.

**E-mails:** mariapiapawlowicz@hotmail.com, intercambios@intercambios.org.ar, drossi@intercambios.org.ar; araceligalante@gmail.com; paulagoltzman@intercambios.org.ar; gratouze@intercambios.org.ar

**Pertenencia institucional**

- <sup>1</sup> Intercambios Asociación Civil. Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. "D" (1046). CABA. Argentina. TE: 54 11 4954 7272 E-mail: investigacion@intercambios.org.ar
- <sup>2</sup> Proyecto: "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". Tercera Fase del Proyecto Regional sobre VIH/Sida y Uso de Drogas en los países del Cono Sur: "Fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH/sida en los países del Cono Sur". Proyecto RLA/04/H78-RLA/H82. ONUDD.

- <sup>3</sup> Proyecto UBACyT SO44. "Políticas estatales de control de drogas e instituciones sanitarias de atención para usuarios de drogas" Programación 2008-2010. Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- <sup>4</sup> Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai / New York State / Argentina HIV Prevention)

## **Introducción**

Para determinadas poblaciones la accesibilidad a los servicios de salud se complejiza. Un caso es el de los usuarios de drogas (UDs, de ahora en adelante) donde esta relación pareciera ser esporádica y discontinua, cuando no inexistente.

Los UDs, especialmente los que viven en situaciones de exclusión social, relatan toda una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud entre las que se destacan las barreras culturales.

Estos problemas dificultan la atención oportuna y generan *oportunidades perdidas*. Por ejemplo, las internaciones por desintoxicación pocas veces tienen continuidad posteriormente.

Presentaremos los resultados de un estudio en el que analizamos la accesibilidad de los UDs a los servicios de salud, teniendo en cuenta que se basa en una relación social en que las dimensiones culturales y subjetivas afectan a ambos polos.

Es importante considerar, entonces, la perspectiva de los trabajadores con respecto a la accesibilidad cultural no sin antes decir que esta perspectiva está condicionada por la estructura de clases sociales y los saberes adquiridos a través de la educación formal (capital cultural). El prolongado proceso de formación que atraviesan los profesionales de la salud lleva implícita la socialización de nuevos roles que conforman una subcultura que interactúa con la subcultura de la población (Freeman y otros, en Sonis y Paganini, 1982).

Además, la intensidad y calidad de la relación médico paciente aumenta a medida que "se sube en la escala social, es decir, a medida que disminuye la *distancia social* entre el médico y el enfermo". Es así que "los miembros de las clases populares, en su mayor parte, juzgan que el examen médico es demasiado rápido y que consagrar tiempo al enfermo es una de las cualidades de un médico, estiman que su médico no les da suficientes explicaciones o tiende a utilizar palabras incomprensibles. Además no hablan de sus problemas personales con el médico, están separados de éste por la distancia social que, en todo caso, media entre un miembro de las clases 'superiores',

fuertemente escolarizado y poseedor de un saber particular, y un miembro de las clases populares. Distancia social duplicada por la distancia lingüística, originada a su vez por las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de las clases” (Boltansky, 1971: 40).

A su vez, nos parece necesario situar ese vínculo entre los UD's y los efectores de salud en el marco del proceso que se despliega generalmente a lo largo del tiempo en el que no sólo se produce un primer acceso a la institución (*accesibilidad inicial*) sino que se desarrolla como una serie de interacciones que configuran un proceso (*accesibilidad ampliada*) en el que la continuidad y el seguimiento son dos problemas claves.

### **Objetivos**

El objetivo general de la investigación fue analizar la accesibilidad de los UD's a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. El análisis de las prácticas y las representaciones acerca del uso de drogas entre los trabajadores de la salud permitió profundizar en la comprensión de la relación de los UD's con los trabajadores de la salud, y con los servicios públicos de salud en general.

Al mismo tiempo se relevaron las propuestas que sugirieron los trabajadores de la salud para mejorar la accesibilidad de esta población.

### **Metodología**

El tipo de diseño fue cuali-cuantitativo. Se aplicó un cuestionario con algo más de 50 preguntas abiertas y cerradas a 129 trabajadores de la salud de hospitales generales de agudos de la Ciudad de Buenos Aires y en hospitales, centros de salud y SIES (servicio integrado de emergencias sanitarias) de la ciudad de Rosario.

Entre los criterios de inclusión en la muestra se consideró a profesionales que trabajaran con pacientes que presenten o relaten problemas vinculados con el uso de drogas, fueran o no especialistas en el tema. Al mismo tiempo, se buscó que tuvieran cierta experiencia de trabajo en esos efectores de salud y de vinculación con UD's. Por ello, se consideró a trabajadores de la salud con un mínimo de 5 años de experiencia. Otro criterio tenido en cuenta fue que los encuestados fueran personal de planta o que tuviesen estabilidad laboral equiparable con el cargo de planta.

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de octubre y diciembre de 2006. Se siguieron los principios éticos de igualdad, voluntariedad, anonimato y

confidencialidad.

### Características de la muestra

Las cuotas conformadas por trabajadores de la salud fueron las siguientes: 65% de la Ciudad de Buenos Aires (84) y 35% de la Ciudad de Rosario (45). En la primera se tomó una muestra de trabajadores de hospitales generales y en la segunda se incluyó también a trabajadores de centros de salud y SIES (servicio integrado de emergencias sanitarias).

Las profesiones que se abarcaron por su cercanía con las problemáticas del uso de droga y del VIH/sida fueron: Clínica Médica (25%), Psicología (22%), Trabajo Social (21%), Infectología (15%), Psiquiatría (10%) y Medicina Generalista (7%).

En el caso de los hospitales de ambas ciudades (77% del total de los entrevistados), se incluyó a los que trabajaban en los Servicios de Infectología (26%), Guardia de Emergencias (25%), Servicio Social (20%), Salud Mental (19%), Toxicología/Adicciones (8%), un caso de Clínica Médica y otro de una coordinación de problemáticas vinculadas al VIH/sida.

Las edades de los entrevistados oscilaron entre los 28 y 63 años, con una media de 42 años. Los trabajadores de la salud que conformaron la muestra tenían, en general, una buena experiencia tanto en el subsistema público como en sus disciplinas y sus particulares especialidades ya que la media de años de graduados era de 16 años. Y a su vez reportaron un promedio de 12 años trabajando en vinculación con UD's y de 13 de antigüedad en el servicio de salud en el que trabajaban en ese momento.

Al considerar el perfil de los trabajadores de la salud entrevistados es importante destacar algunas de las condiciones de trabajo en las que desarrollan sus actividades, tales como la carga horaria semanal, la cantidad de pacientes que atienden y los trabajos que realizan fuera del hospital.

Para considerar la media de carga horaria de todos los trabajadores y la cantidad de pacientes que atienden diferenciamos entre los trabajadores de la Guardia y el resto de los servicios, ya que los primeros trabajan más horas y atienden más pacientes. En este caso el promedio de horas semanales trabajadas fue de 38 y el promedio de pacientes atendidos diariamente de 50, siempre considerando como fuente el propio relato de los entrevistados. En el resto de los servicios, estas cifras disminuyeron, respectivamente, a 28 (media sobre N = 60) y 11.

Finalmente, el 88% de los entrevistados (N = 83) respondieron que se desempeñaban en otros trabajos además de la actividad hospitalaria, en su mayoría en consultorios privados.

#### ¿Qué UD's se atienden en estos servicios de salud?

Esta descripción, realizada en base a las percepciones de los trabajadores de la salud, es importante ya que nos permite comprender los resultados y muestra cómo los trabajadores de la salud caracterizan a los UD's que atienden en sus servicios.

Cabe aclarar, que los sujetos que utilizan los servicios de salud no fueron encuestados ni tampoco se utilizaron fuentes secundarias para conocer el perfil de los pacientes en general ni de los UD's en particular. Las mediciones y tendencias aquí presentadas corresponden a las respuestas de los trabajadores de la salud. El objetivo es describir las percepciones de los trabajadores. Pero se trata siempre de las perspectivas, las valoraciones y las formas de construir simbólicamente, y no de datos en base a registros o fuentes que de alguna manera son más objetivas.

Entonces, según este punto de vista, los UD's son en su mayoría: jóvenes y adultos (66%), varones (83%) y de sectores sociales bajos y medios-bajos (84%).

Con respecto a si acuden a los servicios en compañía de familiares y amigos (sobre N=84): el 20% de los entrevistados indicó que los UD's iban acompañados a las consultas, el 55% dijo que a veces iban acompañados, y el 25% dijo que iban solos.

A su vez, cabe señalar que según los entrevistados: los acompañantes de los UD's "saben que éstos usan drogas": siempre (73%) o casi siempre (24%).

### **Resultados**

Consideraremos primero un eje de análisis centrado en las barreras de acceso a los servicios de salud, específicamente las barreras culturales recreadas en el vínculo trabajador de la salud- UD's, donde incluimos la consideración de las representaciones sociales sobre los UD's. Y un segundo eje acerca de las propuestas de los entrevistados para mejorar el acceso retomando las mismas dimensiones de análisis pero en un sentido propositivo.

#### ***1. Las barreras de acceso y el vínculo con los UD's***

##### Barreras de acceso comunes a todos los pacientes

En principio, para tener un marco referencial en el análisis de los datos, es importante señalar las barreras de acceso que los trabajadores de la salud destacaron como obstáculos para todos los **pacientes en general**.

Un conjunto de problemas muy referido es el de las barreras **organizacionales** (56,8%) como los horarios, los turnos, las esperas, los trámites burocráticos y la falta de recursos materiales y humanos. Esta situación da como resultado la percepción de la *"saturación del sistema"* o la *"sobrecarga de los profesionales"*. Con una mirada más crítica, hubo algunos trabajadores que apuntaron a la calidad del servicio que se brinda (que puede resultar *"ineficiente"* y en algunos casos *"expulsivo"*).

En segundo lugar, los trabajadores señalaron como barreras de acceso importantes: las condiciones **económicas** de exclusión social en la que viven muchos de los pacientes y la distancia **geográfica** a los servicios.

En el plano del acceso **cultural** destacaron como barreras ciertas creencias, prácticas y valores sobre los procesos de salud/enfermedad/atención que reproducirían tanto los pacientes como los trabajadores. Entre ellas, refieren por ejemplo que muchas personas acuden al hospital cuando las enfermedades están muy avanzadas, ya sea por vergüenza (*"inhibiciones propias para venir"*), porque no tienen conciencia de sus problemas de salud, o por cuestiones como la desconfianza, la desinformación (refiere a la existencia de ciertos servicios o cómo manejarse dentro de cada hospital), el desinterés, el sentirse estigmatizado, etc. En este tipo de argumentación el problema del acceso se centra en el propio paciente más que en los problemas de los servicios, como ocurría con las barreras organizacionales, pero por supuesto, no son dimensiones excluyentes ni reductibles entre sí.

#### Barreras de acceso específicas para los UD's

Considerando **específicamente** a las barreras de acceso para los **UD's**, se observa una percepción generalizada de que los UD's, en relación con otros pacientes, tienen dificultades mayores y específicas para: iniciar los tratamientos, cumplir con las indicaciones dadas y sostener en el tiempo los tratamientos. Los motivos que expresan los entrevistados para explicarlo son muy diversos.

Tomando en cuenta las barreras de acceso de tipo **organizacionales** que fueron las más frecuentes al hablar de la población en general, al responder por los UD's en particular fue un aspecto de tercer o cuarto orden de importancia. Los entrevistados nombraron una serie de impedimentos como los turnos, los horarios ofrecidos que se consideran muy reducidos, y el tiempo de espera (*"esperar, que cuesta con los*

*adictos*, *“turnos: falta a largo plazo”, “horarios de atención”*). En algunos casos también refieren al carácter de cierto modo expulsivo del sistema de salud (*“dejan indirectamente por el sistema”*).

En el mismo sentido, con poca frecuencia, se refirieron a barreras **económicas** y **geográficas** (*“dinero para llegar”, “económico social, como contexto”, “problemas de traslado”*).

Otras barreras de acceso que los trabajadores señalaron fueron los **problemas con las redes sociales cercanas** (*“situaciones de la vida cotidiana que les impide ir”, “falta contención familiar para seguimiento”*); y las **situaciones laborales** de los pacientes UD’s (*“problemas laborales”, “consiguió trabajo y se superpone el horario, piden cambios de turno”*). Estas últimas situaciones fueron planteadas como problemas de los UD’s más que como un cuestionamiento de la limitada oferta horaria de los servicios de salud, que cubren en general horarios matutinos y sólo en algunas ocasiones la tarde.

#### Un problema específico en los tratamientos con usuarios de drogas: la continuidad

Sin embargo, al explicar los problemas de continuidad en las consultas, la dimensión de la accesibilidad más reiterada y “saturada conceptualmente<sup>1</sup>” fue la **cultural** que se expresa en el vínculo mismo de los trabajadores de la salud y los UD’s.

Se mencionaron principalmente una serie de creencias de los entrevistados acerca de los UD’s y de los cuidados de su salud (*“se olvidan, no lo priorizan”, “quedarse dormidos”, “insatisfacción, esperan una solución mágica”, “se ven bien y dejan de venir”*) entre las que se destacan los comportamientos que se relacionan con el efecto del consumo de drogas (*“está mal, drogado”, “continúan consumiendo y dejan de venir”, “porque se dio con todo”, “están consumiendo y les da vergüenza decirlo”*).

Estas interpretaciones ponen de manifiesto ciertas representaciones sociales<sup>2</sup> de un sector de los trabajadores de la salud sobre los UD’s por las que se considera que los

---

<sup>1</sup> La saturación conceptual se produce cuando al analizar un determinado número de casos, el equipo de investigación tiene “la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto de la entrevista” (Bértaux, 1980:62). Se reiteran los sentidos saturando una diversidad de significaciones asociadas.

<sup>2</sup> Denise Jodelet define las representaciones sociales como “imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, os fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (Jodelet, 1986: 472). Diferentes autores remarcan que las representaciones sociales articulan lo psicológico y lo social (Marková, 1996). Desde las

UDs tiene un *“estilo de vida”* que involucra la poca preocupación por su salud y/o el “olvido” de las citas pautadas. Se puede observar con los ejemplos, cómo esta imagen de los UD opera como un estereotipo que posiblemente tenga efectos en las relaciones cotidianas con los UD donde en la construcción de la identidad de los UD participan otros saberes, afectos y prácticas independientemente de la formación académica específica que tengan.

Para algunos entrevistados, se desplaza la problemática hacia el tratamiento en sí mismo. Reconocen al UD como un paciente que es “reacio al tratamiento en sí mismo”, con *“poca adherencia”, o “resistencia” (“no quieren hacer tratamiento”, “no ven resultados inmediatos”, “por su problemática particular no engancha con el tratamiento”, “la oferta no seduce”, “no obtienen lo que esperaban”)*. Se abre la pregunta acerca de cierta expectativa creada alrededor del “buen paciente”, es decir, aquél que sostenga en el tiempo un tratamiento y cumpla con las indicaciones pautadas. Sin embargo, el paciente UD parece romper con ese esquema.

Pero un tema que insiste en este punto una y otra vez como barrera clave es la relación **trabajador de la salud-paciente**. Para muchos entrevistados los obstáculos en el vínculo provocan que los UD dejen de concurrir a los servicios por dificultades con la *“comunicación”, la “empatía” o la “confianza”* que se establece en la relación entre ambos (*“hay médicos que no pueden llegar”, “tienen temor a enfrentar o decir que dejó la medicación”, “no rapport con el profesional que lo atendió”, “no se puede laburar el lazo”*).

El vínculo de confianza y de empatía (*“ponerse en lugar del otro”*) que se pueda establecer es un problema nodal.

En el mismo sentido explica Bialik que lo que evalúa el paciente cuando visita al médico no es su competencia científica sino cómo lo trata en ese momento (el tiempo que le dedica, la atención y la preocupación, etc.). Hay dos aspectos tenidos en cuenta por los pacientes: primero el afectivo y segundo la competencia profesional. Si se cumplen los dos es más posible que se de la adherencia. Sin embargo, quien generalmente evalúa el fracaso de la adherencia al tratamiento es el médico: “Hay tiempos, creencias, hábitos, etc. de los pacientes que hacen que administren el tratamiento a su manera, y el médico no las conoce o no las entiende o impone su autoridad generando mayor no-adherencia” (Bialik, 2003).

---

perspectivas constructivistas y procesuales se ha insistido en el poder creativo que tienen las representaciones sociales en su doble faz de ser: estructuras estructuradas y estructuras estructurantes (Banch, 2000).

La importancia del trato en el vínculo médico paciente es un factor importante en la adherencia a los tratamientos. Con respecto a los tratamientos por VIH/sida en particular, se ha demostrado cómo actúan barreras subjetivas que se reflejan en prejuicios hacia los UD, gays y travestis (Pecheny y otros, 2003 y 2005; Rozenblat y otros, 1999). Como demuestra Pecheny, no hay prejuicios de los médicos respecto a las patologías (como VIH y VHC), pero sí sobre las prácticas de riesgo asociadas a la infección (como las prácticas sexuales en gays y travestis, las prácticas de uso de drogas). Los que resultaron más estigmatizados en ese estudio fueron los UD, seguido de las travestis y luego los gays; los heterosexuales que contraen la enfermedad por vía sexual o transfusión sufrían algún tipo de discriminación en mucha menor medida.

*"Lo habitual es que dejen, retornen; dejen, retornen"...*

Hasta aquí desglosamos los motivos más reiterados de la discontinuidad en los tratamientos, los abandonos e incumplimientos de las citas pautadas. Sin embargo, la contracara que permite comprender mejor ese proceso de "idas y vueltas" en la relación de los UD con los efectores de salud nos lo proporciona la pregunta contraria: ¿cuáles son los motivos más frecuentes por los que los UD **retoman** los tratamientos? Ya no preguntamos porqué *"dejan"*, sino porqué *"vuelven"*.

La percepción predominante de los trabajadores de la salud acerca de los motivos por los cuales los UD retoman los tratamientos es la relacionada a una idea de malestar-enfermedad-crisis que es vivida como **situación límite**, *"de todo punto de vista, no sólo físico"*. Este estado refiere tanto a malestares físicos como a crisis emocionales o afectivas (con la familia, pareja, etc.) y a casos de urgencia, como accidentes.

*"La mayoría cuando están mal clínicamente dicen 'ahora me asusté', 'ahora me voy a poner las pilas'. (...) También cuando sienten que pueden perder algo" (Médica infectóloga, servicio de Infectología)*

Estas crisis pueden verse agudizadas por una situación de urgencia, *"accidentes, peleas, acontecimientos drásticos"*. También reiteraron que luego de ese *shock* los UD regresan porque quieren dejar de consumir, *"rescatarse"* (*"cuando pudieron salir del bajón y hay recuperación anímica"*, *"porque dejan las drogas o bajan el consumo y toman conciencia"*).

Ese punto de inflexión puede estar originado en alguna alarma de tipo física o psíquica pero también en algún evento crítico o cambios en la red social cercana de los sujetos que generaron replanteos. Éstas se vinculaban a duelos o nuevas funciones o vínculos en la red de los UD: la muerte de un amigo o familiar, peleas con los padres o la pareja, un embarazo, un nuevo hijo o el comienzo de una relación de pareja. La percepción de los entrevistados atribuyó a las redes sociales cercanas de los UD (amigos, familia y/o pareja) un papel importante en relación con esas situaciones críticas. En ocasiones, estas redes asumen una función de *disparadores críticos* de las situaciones que llevan a los UD a retomar el tratamiento, tanto en la percepción de alarma como en la motivación o presión para retomar un tratamiento.

## ***2. Propuestas para mejorar la accesibilidad***

Además de caracterizar y explicar las múltiples dificultades de acceso, los trabajadores dieron sus opiniones e hicieron propuestas sobre cambios que podrían implementarse para mejorarla.

Aunque se obtuvo un amplio espectro de propuestas, se pudieron identificar ciertos núcleos de problemas y posibles soluciones.

Uno de ellos que permite organizar la información es la contraposición en las **propuestas** de gestión política de los programas, donde se destacan por un lado la creación y fortalecimiento de centros especializados (36,7%) y por otro de intervenciones comunitarias interdisciplinarias con un enfoque integral de los problemas de salud (37,5%).

Con respecto al primer grupo de propuestas, los trabajadores de la salud aluden a la especialización y diferenciación de los dispositivos de atención, convalidando de ese modo la visión de la necesidad de separar a los UD de otros pacientes y formas de tratamiento.

*“Organizaría un equipo entrenado en el tema. Nosotros no tenemos muy en claro a veces cómo se los puede ayudar. Por ejemplo, cuánto pueden estar en abstinencia, cuándo es mejor internarlos” (médica infectóloga, servicio de Infectología).*

Como se puede observar, la necesidad de mayor **especialización** se asocia a la “falta de capacitación” en el tema, pero considerada en su aspecto más cognitivo y de

incremento de conocimientos académicos acerca de los problemas de salud vinculados al uso de drogas.

*“Deben armarse servicios especializados y multidisciplinarios. A veces, casi siempre, los hospitales no pueden atender tanta diversidad de pacientes y los drogadictos suelen tener sólo atención parcialmente según los sectores en los que caen” (médico infectólogo, servicio de Infectología).*

En este punto, mientras que algunos proponen que estos servicios se creen **dentro de la estructura del hospital**, otros consideran que deberían ser **servicios extra-hospitalarios** o centros con los que el hospital pueda tener un sistema de derivaciones que funcione con agilidad.

En el primer caso aclaran que si los servicios fuesen en los hospitales generales, sería necesario incorporar una unidad especializada que involucraría un cambio organizacional de los aspectos más burocráticos del acceso: básicamente lo que se refiere al sistema de turnos y horarios. La ampliación de la oferta requeriría también la inversión en recursos humanos (*“más personal administrativo y profesional que quieran hacer este trabajo”*), en materiales (*“camas de desintoxicación”*) y en infraestructura hospitalaria (*“cambios en la infraestructura, por ejemplo, más camas de desintoxicación en hospitales de agudos”*).

En este tema es importante distinguir cuándo se propone la especialización y la internación como estrategia para todos los casos, y cuándo se piensa sólo para situaciones específicas como las urgencias y los casos de desintoxicación que requieren una respuesta particular, aunque articulada al resto.

El problema de la **internación** de los UD's en los casos de urgencias por desintoxicación y la falta de recursos en los hospitales para esto fue uno de los problemas más señalados ante el cual propusieron nuevos tipos de centros especializados (*“los pacientes piden internarse y acá no hay dónde”*).

*“Deberían crearse centros de internación breve para realizar desintoxicación, no se pueden hacer en cualquier parte. Si dejás al adicto en un mismo lugar mucho tiempo, el lugar se convierte en otro espacio de consumo más [...]. Por los resultados, las estrategias ambulatorias y grupales dan resultado, tipo narcóticos anónimos a algunos pacientes les funcionan” (médico psiquiatra, servicio de Salud Mental).*

Los diferentes niveles del sistema de salud como la atención primaria, centros de días, redes metropolitanas, etc., fueron citados como puntos con los que hay que contar para armar una **red** de derivaciones con una política coordinada.

En el mismo sentido, los problemas de derivación fueron muy referidos por los entrevistados que los relacionan con problemas de fragmentación entre servicios, entre disciplinas, entre instituciones y entre sectores, como con educación o áreas de desarrollo social, por ejemplo *(“cuando a veces el paciente viene y pide querer dejar de consumir, es ya la intervención y no tenés donde mandarlo o es muy difícil la derivación, como todo muy complicado”).*

Una segunda línea de propuestas, un poco más presente entre los efectores del primer nivel de la Ciudad de Rosario, apuntó a una política de salud **extra hospitalaria** con la implementación de diferentes formas de **intervención comunitaria** o la necesidad de que el hospital, por medio de equipos o algún tipo de servicio, trabaje en y con la comunidad. Aunque algunas propuestas refirieron a un trabajo comunitario con las redes de pares y familiares de los UD, otras, en cambio, entendieron a este tipo de intervenciones bajo la idea de que hay que *“salir (al barrio o a la comunidad) a buscar”* a los UD porque por sí solos no asisten a los servicios.

*“Que el hospital salga a la calle para prevenir, para informar (...). Formar grupos de pares, redes. Gente especializada. Formar centros de día en el hospital y programar actividades (talleres, etc.). Transformar el hospital para que sea más contenedor. Facilitar una mejor atención. Que los usuarios también salgan a buscar pares” (psicóloga, servicio de Salud Mental).*

Otra forma de concebir la intervención en la comunidad, por parte de algunos trabajadores, fue proponer **ir en la búsqueda de los UD** dado y adecuar los dispositivos a las demandas, necesidades y particularidades culturales de los colectivos sociales *(“porque los UD no vienen solos, porque no se consideran enfermos, y si vienen no se les dan respuestas favorables”).*

*“Crear consultorios de tarde o los sábados. Tener más herramientas a disposición para poder responder en el instante en que el UD quiera demandar atención” (médico clínico, servicio de Guardia).*

En el marco de estas **intervenciones de tipo territorial-comunitaria** también se nombraron, en menor medida y con diferentes matices, la incorporación de políticas de reducción de daños.

*“Lo primero sería una correcta información sobre la utilización de los recursos de reducción de daños. Partiría así del reconocimiento de que algo está pasando” (médica psicoanalista, servicio de Salud Mental).*

En estos discursos, también hablan de *“mayor capacitación”* de los trabajadores para atender estos problemas de salud. Sin embargo, no es entendida sólo como la incorporación de información especializada, sino en un sentido más amplio.

*“Uno que es médico del mundo hospitalario puede caer en la creación de “tóxico”. Pero eso es estigmatizador. Hay que trabajar las representaciones del equipo de salud en relación a la persona usuaria de drogas” (trabajador social, Servicio Social).*

La definen con insistencia como la necesidad de un *“cambio de mirada”* sobre el problema de las drogas, alejándose de las interpretaciones circunscritas al individuo y a su familia<sup>3</sup> para acercarse a visiones que trabajen el tema en su complejidad, incluyendo en las redes de pares y los contextos de uso de drogas.

En este sentido, más de un entrevistado problematizó el paradigma desde el cuál se definen y atienden los problemas vinculados al uso de droga, porque para algunos profesionales *“las adicciones no se consideran problemas de salud”* ya que al involucrar también otros niveles de complejidad de las situaciones como el jurídico, parecieran que dejan de ser problemas de salud.

Incluso, en el trabajo de campo de este estudio se pudo observar que con cierta frecuencia los médicos de las Guardias de Emergencias, a pesar de tener amplia experiencia porque atienden continuamente casos de intoxicación por uso abusivo de drogas dudaban de su experticia para contestar el cuestionario ya que no eran *“especialistas”* en adicciones.

En este punto, hay posiciones muy diferentes a partir de las que se pueden inferir perspectivas que van desde visiones reduccionistas y parciales sobre los problemas de salud a visiones integrales e interdisciplinarias que parten de concepciones más complejas de la realidad.

Por último, y en la misma perspectiva, algunos trabajadores propusieron como parte de las políticas públicas que pueden mejorar la accesibilidad, la implementación de

---

<sup>3</sup> Nos referimos al fenómeno de *“familiarización”*, en tanto el énfasis en las dificultades del sujeto y su familia más que en otras dificultades de acceso como las culturales, las económicas, las organizacionales y las políticas (fragmentación institucional y sectorial).

**políticas culturales** de prevención e información por medio de campañas publicitarias, educación en las escuelas y en los barrios, etc.

*“Otra cosa que no se hace es prevención. A nivel educativo secundario, habría que darle información a los docentes y que el docente haga prevención. El docente podría decir que no cualquier usuario es adicto, no es bueno ponerle el rótulo de adicto por un ‘porro’, porque se le pone un rótulo, lo mismo la familia. Prevención, no demonizar a la droga, resaltar que actúa en el organismo y que existen formas de sentirse mejor aparte de la droga” (médica clínica, servicio de Adicciones).*

## **Conclusiones**

Los testimonios muestran la complejidad de motivaciones que intervienen en el acercamiento o la distancia entre los UD's y los dispositivos de intervención.

Al mismo tiempo, permiten confrontar la representación social dominante del usuario de drogas como “adicto de por vida” o la naturalización de la práctica de consumo con un modo de ser o *estilo de vida*. Esto pudo verse en las interpretaciones de los trabajadores de la salud sobre la cultura del UD, que en tantos casos impiden comprender y buscar la mejor manera de atender los momentos de crisis de los UD's, y al mismo tiempo interrogan las formas en que se problematizan los problemas de salud vinculados al consumo de drogas para evitar estigmatizar a los usuarios.

También se puede apreciar la importancia de la consideración del vínculo de los UD's con los efectores de salud como un proceso discontinuo donde los motivos para abandonar, y para retomar un tratamiento aportan claves para la comprensión del problema y para la revisión de las intervenciones.

En estas discontinuidades *“de idas y vueltas”*, las redes de los UD's pueden ser actores claves ya que suelen acompañarlos a las consultas y cumplen una función importante al contribuir con la continuidad de los procesos de atención de los problemas de salud vinculados al uso de drogas.

Con respecto a las propuestas, aparece claramente el problema de los circuitos de derivación relacionado a los altos niveles de fragmentación entre servicios y entre sectores. Se muestra al mismo tiempo la tensión entre las políticas centradas en la especialización profesional y la internación, y las que promueven intervenciones interdisciplinarias y territoriales.

Queda pendiente la pregunta sobre cómo mejorar la accesibilidad de los que llegan a los servicios, pero también es necesario considerar qué sucede con los que NO acceden a los servicios públicos de salud.

Finalmente, esperamos que los resultados contribuyan a acercar la visión dominante de los problemas relacionados con las drogas a una perspectiva fundada en los derechos y necesidades de las personas que llegan a los servicios de salud por esta situación.

## **Bibliografía**

Banchs, M.A. (2000). "Aproximaciones Procesuales y Estructurales al estudio de las Representaciones Sociales". Universidad de Caracas, Venezuela. En "Papers on social representations" Volume 9, pages 3.1-3.15 Peer Reviewed Online Journal. ISSN 1021-5573.

Bértaux, D. (1980) "El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades" en: Acuña, Víctor Hugo (Editor) *Historia oral e historias de vida*. Flacso-Costa Rica, San José.

Bialik R. (2003): "La adherencia terapéutica desde una perspectiva antropológica", Archivos de Neurociencias México. 8 (1) 46-51.

Boltansky, L. (1971): Los usos sociales del cuerpo. Annales.

Jodelet, D. (1986): "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en S. Moscovici (comp.) *Psicología Social*, tomo I y II. Barcelona: Paidós.

Marková, I. (1996) "En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales". En Páez, Darío y Amalio Blanco (editores): *La teoría sociocultural y la Psicología Social actual*. Editorial Aprendizaje. Madrid.

Pawlowicz, M.P.; Rossi, D. y Touzé, G. (2006): "Los usuarios de pasta base de cocaína: una población fragilizada". En: Touzé, G. *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de las pasta base de cocaína*, Parte III. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas.

Pecheny M., H. Manzelli y D. Jones (2002): "Vida cotidiana con VIH/sida y/o hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización", Serie Seminarios Salud y Política Pública, V (agos.). Buenos Aires: CEDES.

Pecheny, M.; J. P. Alonso y P. Maulen (2005): "Vivir con VIH y/o hepatitis C: Perspectivas de los profesionales de la salud", Jurisprudencia argentina. Fasc. 5, p. 45/47.

Rozenblat, E., G. Biagini y M. Sánchez (1999): M. "El hospital público y la representación social del complejo VIH/SIDA", Documento técnico n° 20 Temas prioritarios de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud, Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano [en línea] <http://www.ops-oms.org/Spanish/HDP/HDR/serie20composite.pdf>. [consulta julio de 2007]

Sonis, A. y J. M. Paganini (1982): "Características, tendencias, problemas. Hacia sistemas integrales de atención", Atención de la salud, Parte II. Buenos Aires: El Ateneo.

Spink, M. J. (1993): "O conceito de representação social na abordagem psicossocial", Cadernos de Saúde Pública. Río de Janeiro. Vol. 9, n° 3 (jul.set.).