

“Barreras de acceso de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en Buenos Aires y Rosario.”

Pawlowicz, María Pía, Zunino Singh, Dhan, Rossi, Diana y Touze, Graciela.

Cita:

Pawlowicz, María Pía, Zunino Singh, Dhan, Rossi, Diana y Touze, Graciela (Octubre, 2008). *“Barreras de acceso de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en Buenos Aires y Rosario. Conferencia Virtual: CLAT II: Uso de drogas y salud pública: prevenir riesgos y reducir daños. Internacional. CLAT, Barcelona, España.”*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/28>

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



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>.

Barreras de acceso de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en Buenos Aires y Rosario

Pawlowicz, María Pía*; Zunino Singh, Dhan; Rossi, Diana; Touzé, Graciela

- Intercambios Asociación Civil. Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. “D” (1046). CABA. Argentina. TE: 54 11 4954 7272 E-mail: investigacion@intercambios.org.ar
- 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.
- *Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai / New York State / Argentina HIV Prevention).

Abstract

El objetivo fue analizar la accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. Se buscó profundizar en la comprensión de la escasa relación de los usuarios de drogas con los servicios de salud a través del análisis de las prácticas y representaciones acerca del uso de drogas entre los trabajadores de la salud.

El estudio fue cualicuantitativo. Se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas a 129 trabajadores de la salud. 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.

Entre los resultados se relevaron problemas de organización de los servicios de salud (56,8%): burocracia, insuficiencia de horarios, alto grado de fragmentación institucional, largos períodos de espera, y problemas vinculares entre el trabajador de la salud y los pacientes. Se reitera como barrera de acceso cultural la individualización por parte de los trabajadores de la salud de creencias acerca de los usuarios de drogas (“cierto modo de vida”).

Como propuestas de gestión política de los programas, se destacan la creación y fortalecimiento de centros especializados (36,7%) y de intervenciones comunitarias interdisciplinarias (37,5%). Las propuestas muestran la tensión entre las políticas centradas en la especialización profesional y la internación, y las que promueven intervenciones interdisciplinarias y territoriales.

Barreras de acceso de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en Buenos Aires y Rosario

Pawlowicz, María Pía*; Zunino Singh, Dhan; Rossi, Diana; Touzé, Graciela

- Intercambios Asociación Civil. Domicilio: Corrientes 2548. Piso 2. “D” (1046). CABA. Argentina. TE: 54 11 4954 7272 E-mail: investigacion@intercambios.org.ar
- 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.
- *Fogarty International Training and Research project D43 TW001037-06 (Mount Sinai / New York State / Argentina HIV Prevention).

Introducción

La relación de los usuarios de drogas (UDs de ahora en adelante) y los servicios de salud pareciera ser esporádica y discontinua. Los UD, especialmente los que viven en situaciones de exclusión social, relatan¹ toda una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud entre las que se destacan las barreras culturales y la vigencia de algunos modelos de intervención que no siempre serían los más adecuados a la cultura, las posibilidades y las necesidades de los UD (Pawlowicz, Rossi y Touzé, 2006). Este problema nos lleva a interrogarnos por este vínculo y su complejidad. Al mismo tiempo, resaltar la importancia de poner en la agenda política la cuestión de los derechos de los UD, y específicamente el derecho al acceso a una atención de calidad, no estigmatizante, voluntaria y oportuna de sus problemas de salud.

La accesibilidad a los servicios de salud no es sólo la acción misma de “llegar” o “arribar” a una consulta en salud, sino que es parte de un proceso social complejo.

Entendemos que tanto los problemas de salud asociados al uso de drogas, sus diagnósticos y formas de atención/tratamiento, como el acceso a los servicios de salud constituyen unidades dentro de un proceso social mayor de carácter estructural, histórico, político, económico e ideológico cultural.

En este sentido, la accesibilidad a los servicios de salud se basa en una relación social entre los trabajadores de la salud y la población usuaria del sistema, en que las dimensiones culturales y subjetivas (vivencias, emociones, etc.) afectan a ambos polos de esta relación.

¹ En un estudio cualitativo en el que se entrevistó a 31 usuarios de pasta base de cocaína y crack en sectores pobres de la Ciudad de Buenos Aires. Pese a que casi la totalidad manifestó haber intentado varias veces suspender el consumo, sólo el 60% había recurrido a algún tipo de tratamiento. Entre los que sí habían ingresado en tratamiento, en general se observó una visión crítica de éstos argumentando: la dificultad de sostener el requisito de abstinencia, las dificultades de las modalidades más rígidas de encierro, la percepción de un discurso ajeno sienten que no reconoce las diferencias subjetivas, el ingreso compulsivo al tratamiento, las dificultades de la reinserción social luego de estar internados, y en la distancia geográfica de su domicilio. (Pawlowicz, Rossi y Touzé, 2006).

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 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.

Tomando este punto de partida, el objetivo de esta investigación² fue analizar la accesibilidad de los UD a los efectores de salud del subsector público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Municipio de Rosario (Provincia de Santa Fe).

Se buscó comprender la relación de los UD con los servicios de salud a través del análisis de las prácticas y representaciones sociales de los trabajadores de la salud acerca del uso de drogas.

Más específicamente, se buscó describir las representaciones de los profesionales acerca del perfil de los UD, y de los problemas y modalidades de accesibilidad frecuentes.

Metodología

El estudio fue cualicuantitativo. 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.

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.

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

² La publicación completa del estudio se puede consultar en el sitio WEB de http://www.unodc.org/pdf/brazil/publicacoes/intercambios_definitivo.pdf

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.

¿Quiénes son los trabajadores de la salud entrevistados?

Las cuotas por ciudad fueron las siguientes: 84 trabajadores de la salud de la Ciudad de Buenos Aires (65%) y 45 de la Ciudad de Rosario (35%). En la primera se tomó una muestra de trabajadores de hospitales generales y en la segunda se incluyó además una cuota de trabajadores de centros de salud.

Las profesiones seleccionadas fueron: Psicología (22%), Trabajo Social (21%) y Psiquiatría (10%), Infectología (15%), Clínica Médica (25%) 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.

Por lo general, estos entrevistados reunían características importantes a tener en cuenta al considerar los resultados del estudio:

- Un promedio de 12 años trabajando en vinculación con UD's y de 13 de antigüedad en el servicio.
- Una media de 16 años de graduados, o sea, profesionales con experiencia tanto en el subsistema público como en sus disciplinas y especialidades específicas.
- Edades que oscilaban entre los 28 y 63 años, con una media de 42 años.

Al considerar el perfil de los trabajadores de la salud entrevistados es importante destacar algunas de las condiciones 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. En el resto de los servicios, estas cifras disminuyeron, respectivamente, a 28 (media sobre N = 60) y 11.

Finalmente, en cuanto a las actividades desarrolladas por los trabajadores además del hospital, el 88% de los entrevistados (N = 83) respondieron que se desempeñaban en otros trabajos, en su mayoría en consultorios privados.

¿Quiénes son los pacientes UD's que "llegan" a estos servicios de salud?

Para comprender los resultados, consideramos que es importante mostrar antes cómo los trabajadores de la salud describen a los UD que atienden en sus servicios.

Según su punto de vista, los UD 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 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 “saben que éstos usan drogas”: siempre (73%) o casi siempre (24%).

Resultados

Para esta presentación consideramos dos ejes de análisis: las barreras de acceso a los servicios de salud, específicamente la dimensión cultural donde incluimos la consideración de las representaciones sociales sobre los UD y las propuestas de los entrevistados para mejorar el acceso a los servicios de salud.

1. Barreras de acceso

Para tener un marco referencial en la comprensión de los datos, es importante señalar en primer término las barreras de acceso que los trabajadores de la salud destacaron como obstáculos para todos los **pacientes en general**.

Entonces, describieron centralmente problemas organizacionales (56,8%) como los horarios, turnos, esperas, trámites burocráticos y la falta de recursos materiales y humanos. 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 un plano de acceso cultural destacan como barreras ciertas creencias, prácticas y valores sobre los procesos de salud/enfermedad/atención que reproducen tanto los pacientes como los trabajadores.

Problemas en la continuidad de tratamientos con los usuarios de drogas

Considerando **específicamente** a las **barreras de acceso para los UD**, se observa una percepción generalizada de que los UD, 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 procesos de salud-enfermedad-atención. Pero ¿Cuáles son aquellos motivos por los que los trabajadores de la salud consideran que los UD no concurren a las consultas pautadas?

Las respuestas son múltiples. Por ejemplo, aunque las barreras de acceso **organizacionales** fueron las más frecuentes al hablar de la población en general, al responder por los UD en particular fue un aspecto de tercer o cuarto orden de importancia. Los entrevistados hicieron referencias a barreras como los turnos, los horarios que se ofrecen y el tiempo de espera (*“esperar, que cuesta con adictos”*, *“turnos: falta a largo plazo”*, *“horarios de atención”*) y el 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.

Las barreras culturales de la continuidad de los tratamientos

Sin embargo, la dimensión de la accesibilidad más reiterada y “saturada conceptualmente³” fue la **cultural**.

Se mencionaron principalmente una serie de prácticas y creencias de los UD’s acerca 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 sociales⁴ de los trabajadores sobre los UD’s por las que se considera que 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 del UD’s opera como un estereotipo que posiblemente tenga efectos en las relaciones cotidianas con los UD’s donde en la construcción de la identidad del UD participan otros saberes, afectos y prácticas independientemente de la formación académica específica que tengan.

Bajo esta clasificación de las barreras culturales se engloban también otros dos tipos de respuestas referidas a:

- **el tratamiento en sí mismo**, expresado como “poca adherencia”, o “resistencia” (“No quieren hacer tratamiento”, “No ven resultados inmediatos”, “Por su problemática particular no engancha con el tratamiento”).

En este punto, vale preguntarse cuáles son las expectativas de los propios trabajadores que parecieran esperar un “buen paciente” que sostenga en el tiempo

³ 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.

⁴ 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 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).

un tratamiento y cumpla con las indicaciones pautadas. Sin embargo, el paciente UD parece romper con ese esquema.

- **la relación trabajador paciente**, que provoca que dejen de concurrir a los servicios por dificultades con la “comunicación”, la “empatía” o la “confianza” que se establece en la relación entre ambos (“*Médicos que no pueden llegar*”, “*Temor a enfrentar o decir que dejó la medicación*”, “*No rapport con el profesional que lo atendió*”).

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).

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, los tratamientos”...

... o los motivos por los cuales los UD “regresan” al tratamiento

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^s 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^s: 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^s (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^s 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

5.2. Propuestas

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^s 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 para 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 refrieron a un trabajo comunitario con las redes de pares y familiares de los UD's, 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's 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's dado y adecuar los dispositivos a las demandas, necesidades y particularidades culturales de los colectivos sociales (“porque los UD's 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. 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 familia⁵ para acercarse a visiones que trabajen el tema en su complejidad, incluyendo en las redes de pares y los contextos de uso de drogas.

“Uno que es médico del mundo hospitalario puede caer en la creación de “toxico”. 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).

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

⁵ 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).

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 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, 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 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 pueden ser actores claves ya que suelen acompañarlos a las consultas y cumplen una función importante al contribuir con la continuidad de los proceso 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.).