

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.

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

Cita:

Rossi, Diana, Pawlowicz, María Pía y Zunino Singh, Dhan (2007). *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*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/75>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/78s>



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>.

.....

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

DIANA ROSSI

MARÍA PÍA PAWLOWICZ

DHAN ZUNINO SINGH



intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas



NACIONES UNIDAS

Oficina contra la Droga y el Delito

Diana Rossi

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 / Diana Rossi ; María Pía Pawlowicz ; Dhan Zunino Singh. - 1a ed. - Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil, 2007.

86 p. ; 28x21 cm.

ISBN 978-987-98893-4-3

1. Toxicomanías. 2. Servicios de Salud. I. María Pía Pawlowicz II. Zunino Singh, Dhan III. Título

CDD 362.1

Fecha de catalogación: 25/09/2007

Autores: Diana Rossi, María Pía Pawlowicz y Dhan Zunino Singh

Edición técnica: Silvina García Guevara

Diseño gráfico y diagramación: Diego Bennett

Diseño de tapa: Javier Basevich

Intercambios Asociación Civil

Corrientes 2548 2º D (1046) Ciudad de Buenos Aires, Argentina

ISBN: 978-987-98893-4-3

Primera edición

700 ejemplares impresos

© Intercambios Asociación Civil

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Libro de edición argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Proyecto RLA/04/H78-RLA/H82

“Fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH/sida en los países del Cono Sur”

Equipo de investigación

Diana Rossi, investigadora principal
María Pía Pawlowicz, investigadora
Dhan Zunino Singh, investigador

Entrevistadores

Buenos Aires

Débora Chevnik, Jorgelina Di Iorio, Mariela Nabergoi, Diego Ariel López y Gabriela Wald.

Rosario

Eduardo Barisonzi, Karina De Bella y María del Carmen Castillón.

Carga de datos

Mariquena Gambetta y Daniel Oviedo para los datos cualitativos. Gonzalo Ralón cargó los datos cuantitativos y colaboró en su análisis.

Consultores permanentes

Graciela Touzé
Marcelo E. Vila
Silvia Faraone
Paula Goltzman
Pablo Cymerman
Omar Bravo

Consejo Asesor

Daniel Fontana, Director del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida e ITS.

Norma Elena Vallejo, Subsecretaria de Planificación, Prevención y Asistencia de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico.

Claudio Bloch, Director de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Damián Lavarello, Jefe del Programa Municipal de Sida de la Ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe).

Agradecimientos

Agradecemos a la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito y a los integrantes del Equipo de Gestión del Proyecto RLA/04/H78-RLA/H82 por el entusiasmo con que acogieron nuestra propuesta de investigación y por el apoyo que nos permitió llevarla adelante.

A los miembros del Consejo Asesor por su acompañamiento, y en particular a los Dres. Claudio Bloch y Damián Lavarello, con quienes discutimos algunos de los resultados preliminares.

A los consultores permanentes, quienes nos orientaron en los aspectos relacionados con la lógica de la institución hospitalaria y el sistema de salud. Especialmente agradecemos la colaboración de la Lic. Graciela Touzé por su participación en el texto de presentación de este informe, a la Mgter. Silvia Faraone por su aporte en la descripción de los sistemas de salud de ambas ciudades, y al Lic. Omar Bravo por la supervisión del trabajo de campo en Rosario y los aportes al análisis de datos preliminares de esa ciudad.

Fue valiosa la colaboración de la Dra. Graciela Zaldúa, quien nos permitió utilizar las preguntas acerca de condiciones de trabajo que fueron utilizadas y probadas satisfactoriamente por su Equipo de Investigación de UBACyT (Instituto de Investigación de Psicología, UBA).

Agradecemos el trabajo de los entrevistadores de ambas ciudades, cuyo desempeño permitió realizar la recolección de datos en un corto plazo, como así también al equipo encargado del ingreso de datos. Especialmente, a Gonzalo Ralón quien colaboró en el armado de la base de datos cuantitativa y en el análisis.

Hicieron sus aportes en la apertura del trabajo de campo el Dr. Marcelo Vila, la Lic. Paula Goltzman y el Lic. Pablo Cymerman, quienes nos facilitaron el contacto con trabajadores de los hospitales. En este sentido, también agradecemos la colaboración de aquellos trabajadores de la salud que nos brindaron el contacto de sus colegas para ser entrevistados.

Y agradecemos profundamente el valioso aporte de todos aquellos trabajadores de la salud que participaron en el estudio, brindando su tiempo, sus puntos de vista y su experiencia, para permitirnos tener una mejor comprensión del proceso de accesibilidad a los servicios de salud para los usuarios de drogas. Esta publicación les está especialmente dedicada.

Índice

Presentación	9
---------------------------	---

Marco teórico y metodología

1. Marco conceptual	11
1.1. Dimensiones de la accesibilidad.....	12
1.2. Accesibilidad cultural y representaciones sociales	13
2. Objetivo general y objetivos específicos.....	14
3. Muestra.....	14
4. Diseño metodológico.....	15

Resultados obtenidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Capítulo 1. Sistema de salud

1.1. Características de la muestra	20
1.2. Condiciones de trabajo de los profesionales	21

Capítulo 2. Acceso inicial

2.1. Acceso inicial para pacientes en general	23
2.1.1. Perfil sociodemográfico	24
2.1.2. Principales dificultades de acceso inicial	24
2.2. Acceso inicial para pacientes UD.....	27
2.2.1. Perfil de los pacientes UD.....	27
2.2.2. Particularidades de los problemas de acceso inicial	28
2.3. Síntesis	30

Capítulo 3. Indagación y registro sobre las prácticas de uso de drogas

3.1. Reconocimiento e indagación acerca del uso de drogas.....	31
3.2. Conocimiento de los acompañantes de los UD.....	32
3.3. Percepción que tienen los trabajadores acerca del consumo de sus pacientes	34
3.4. Uso y tipo de registro.....	36

Capítulo 4. Acceso ampliado y problemas de continuidad

4.1. El proceso de accesibilidad ampliada para los usuarios de drogas.....	37
4.2. Motivos para la no concurrencia a las consultas pautadas.....	38
4.2.1. Motivos relacionados con los pacientes UD.....	38
4.2.2. Motivos relacionados con la relación trabajador-paciente y los tratamientos....	40
4.2.3. Motivos relacionados con el hospital	40
4.2.4. Síntesis.....	40
4.3. Motivos por los cuales los UD “regresan” al tratamiento	41

4.4. Estrategias de los trabajadores de la salud cuando los UD's retoman los tratamientos	43
4.4.1. Impresiones de los trabajadores ante las interrupciones	44
4.4.2. Síntesis.....	46

Capítulo 5. Capacitaciones y propuestas

5.1. Capacitaciones.....	47
5.2. Propuestas.....	47
5.2.1. Propuestas que involucran cambios al interior de la institución hospitalaria.....	48
5.2.2. Propuestas de cambios en el sistema de salud	49
5.2.3. Propuestas de políticas públicas de salud y culturales	50
5.3. Síntesis	51

Resultados obtenidos en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe

Capítulo 1. Sistema de salud

1.1. Características de la muestra	55
1.2. Condiciones de trabajo de los profesionales	57

Capítulo 2. Acceso inicial

2.1. Acceso inicial para pacientes en general	59
2.1.1. Perfil sociodemográfico	59
2.1.2. Principales dificultades de acceso inicial.....	60
2.2. Acceso inicial para pacientes UD's.....	61
2.2.1. Perfil de los pacientes UD's.....	62
2.2.2. Particularidades de los problemas de acceso inicial	62
2.3. Síntesis	64

Capítulo 3. Indagación y registros sobre las prácticas de uso de drogas

3.1. Reconocimiento e indagación acerca del uso de drogas.....	65
3.2. Conocimiento de los acompañantes de los UD's	66
3.3. Percepción que tienen los trabajadores acerca del consumo de sus pacientes	66
3.4. Uso y tipo de registro.....	67

Capítulo 4: Acceso ampliado y problemas de continuidad

4.1. El proceso de accesibilidad ampliada para los usuarios de drogas.....	69
4.2. Motivos para la no concurrencia a las consultas pautadas.....	69
4.2.1. Motivos relacionados con los pacientes UD's.....	70
4.2.2. Motivos relacionados con los servicios, el tratamiento y los trabajadores.....	71
4.2.3. Síntesis	71
4.3. Motivos por los cuales los UD's "regresan" al tratamiento	72
4.4. Estrategias de los trabajadores de la salud ante la interrupción de los tratamientos	73
4.4.1. Síntesis	74

Capítulo 5: Capacitaciones y propuestas

5.1. Capacitaciones.....	75
5.2. Propuestas.....	75
5.3. Síntesis	78

Bibliografía	79
---------------------------	-----------

Presentación

Graciela Touzé

Como Jonathan Mann (1998) señalara, la infección por VIH agudiza las condiciones de desigualdad y discriminación social, lo que afecta especialmente a las personas cuya dignidad y derechos humanos son menos respetados. Un campo de estudio que postule mejorar la comprensión acerca de la vulnerabilidad al VIH requiere complementar el enfoque sobre los comportamientos individuales con el examen de las fuerzas estructurales y los contextos socioculturales (Parker y otros, 2000).

En este sentido, es menester tener en cuenta que la situación de extrema vulnerabilidad social de los usuarios de drogas se relaciona con una serie de indicadores. Entre ellos pueden mencionarse la situación legal, el encarcelamiento frecuente, el estigma asociado a las drogas ilegales, las políticas y las prácticas institucionales. Este último aspecto constituye el foco central de esta publicación, con la certeza de que las prácticas institucionales influyen en el contexto de las conductas de riesgo y de cuidado y moldean la dinámica de la epidemia.

El documento de trabajo que aquí presentamos expone los resultados principales de un estudio sobre accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud de las ciudades de Buenos Aires y Rosario. El interés de este documento radica en que analiza la cuestión desde la perspectiva de los trabajadores de salud y se propone –en una suerte de diálogo con ellos– como una herramienta para reflexionar sobre su práctica, descubrir vacancias y plantear nuevas líneas de acción.

Este trabajo es producto del componente de investigación del Capítulo Argentina del Proyecto Regional “Fortalecimiento de los programas municipales de prevención del abuso de drogas y del VIH/sida en los países del Cono Sur”. Este proyecto, apoyado por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD), inició sus actividades en el país en agosto de 2006, coordinado por la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación, en gestión conjunta del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida e ITS, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el Programa Municipal de Sida de la Ciudad de Rosario e Intercambios Asociación Civil. El protocolo de investigación se definió articulando y complementando los antecedentes de este proyecto en el país.

Entre 1998 y 1999, previo a la primera fase del Proyecto Regional, se desarrolló un estudio con metodología de Evaluación y Respuesta Rápida (ERR), propuesta por el Programa sobre Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (PSA/OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA). Sus objetivos fueron conocer la situación de contexto en la transmisión del VIH/sida y el uso de drogas en la Argentina, las características y extensión de las representaciones y prácticas sexuales y de uso de drogas de una red de usuarios de drogas inyectables (UDIs) de Buenos Aires, para luego diseñar un programa piloto de intervención en reducción de daños en acuerdo con la comunidad en la que habitara esa red de usuarios contactada (Touzé y otros, 1999).

Durante la primera fase del Proyecto Regional, entre 2000 y 2001, en articulación con la anterior línea de investigación, se desarrolló un estudio de seroprevalencia de VIH, Hepatitis B, C y

HTLV I y II entre usuarios de drogas inyectables. Los participantes del estudio voluntariamente consintieron al examen de sangre y a la aplicación de una entrevista estructurada para profundizar en el conocimiento de representaciones y prácticas sexuales y de uso de drogas. Se aprovechó el vínculo con redes de usuarios de drogas de diferentes zonas del Área Metropolitana de Buenos Aires, en varias de las cuales habían comenzado intervenciones de reducción de daños orientadas a UDIs (Rossi, 2001).

En la segunda fase del Proyecto Regional, en el año 2003, se realizó un estudio empleando una vez más la metodología ERR. El objetivo general fue recopilar, actualizar y organizar la información disponible, los cambios producidos en el contexto nacional y local entre 1998 y 2003 y el modo en que esos cambios se relacionaron con las intervenciones realizadas, a fin de evaluar cambios necesarios en la metodología de trabajo y delinear un plan de acción orientado a extender el alcance de los programas de reducción de daños a otras redes de UDIs del Área Metropolitana de Buenos Aires. Se triangularon técnicas cuantitativas y cualitativas (Rossi y Rangugni, 2004).

En esta tercera fase del Proyecto Regional, el objetivo se centró en las representaciones de los trabajadores de la salud acerca de la accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema público de salud. El estudio fue de tipo exploratorio y se basó en métodos cuali-cuantitativos, por medio de entrevistas a trabajadores de la salud que atienden a esta población en distintos servicios de hospitales municipales de las ciudades de Buenos Aires y Rosario. A partir de los resultados de la investigación, se busca generar insumos para futuras capacitaciones a dichos trabajadores, para mejorar la accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema público de salud, así como contribuir al estudio periódico y sistemático de los aciertos y las debilidades en la atención sanitaria de una población criminalizada y estigmatizada.

Esperamos que los resultados de este trabajo contribuyan a la reflexión de los trabajadores de la salud y los responsables de las decisiones en materia sanitaria, a fin de 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 al sistema de salud por esta situación.

Marco teórico y metodológico

La investigación se llevó a cabo a partir de una revisión teórica sobre conceptos que abordan la cuestión de la accesibilidad a los servicios de salud como un proceso social. Es decir 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 son comprendidos como unidades dentro de un proceso social mayor de carácter estructural, histórico, político, económico e ideológico cultural.

Siguiendo los objetivos del estudio se analizó como unidad fundamental de este proceso la relación social entre los trabajadores de la salud y los usuarios de drogas (UDs), indagando las diferentes dimensiones y etapas de la accesibilidad a los servicios de salud.

En el aspecto metodológico se diseñó un instrumento de recolección de datos (cuestionario cuali-cuantitativo) que permitiera reflejar diferentes etapas del proceso de accesibilidad y la relación entre el trabajador de la salud y UD, desde la perspectiva de los trabajadores.

1. Marco conceptual

Eduardo Menéndez entiende el proceso salud/enfermedad/atención como un universal que opera estructuralmente y constituye un hecho social que se desarrolla en un “proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención específicas de los padecimientos y los sistemas ideológicos respecto de los mismos” (Menéndez, 1994: 72). Es un proceso universal y a la vez variable por esta característica de ser social e histórico. Implica la construcción de saberes y prácticas acerca del proceso de salud/enfermedad, en tanto formas de simbolizar y dar respuestas.

La accesibilidad a los servicios de salud no sólo se relaciona con su oferta sino también con las políticas del sector y con los mecanismos y dispositivos que regulan las relaciones entre ellos y la población (Ferrara, 1985). En este sentido, los servicios de salud están condicionados por fuerzas mayores, como las políticas públicas, las leyes, la economía, los paradigmas médicos, los valores culturales y los problemas sociales. Estas condiciones estructurales se expresan en las relaciones personales entre profesionales de la salud y usuarios del sistema.

Es posible redefinir la comprensión de la relación médico-paciente tomando el concepto de “actos de salud” (Merhy y Onocko, 1997: 87) que involucra, en un sentido amplio y complejo, el espacio de intersección/intervención entre usuarios y agentes de los servicios de salud. Se considera a los usuarios y a los trabajadores tanto en el aspecto individual como colectivo, ambos capturados por necesidades y modos de actuar. Necesidades que no sólo connotan el sentido de carencia, de falta, sin una dimensión positiva, como el valor de uso expresado en la búsqueda de bienestar.

La accesibilidad al sistema de salud es definida, entonces, como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las “condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner y otros, en Comes, 2003: 04).

La perspectiva socioantropológica refuerza esta noción de accesibilidad ya que considera a la institución hospitalaria como un proceso social cuya relación fundamental es la de “médico-paciente” (Margulies y otros, 2003), que en esta presentación se denominarán trabajador de la salud y paciente. Dicho proceso también está constituido por otras relaciones como, por ejemplo, la burocracia administrativa.

Este estudio se basa, entonces, en una perspectiva *real* o *efectiva* de la accesibilidad, es decir que se la estima a partir de datos de utilización de los servicios. Se considera la utilización como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios de salud (Arredondo y Meléndez, 1992).

La *accesibilidad*, por lo tanto, no se define simplemente sólo por el acceso a una consulta o al ingreso a un hospital. Para estas situaciones se recurre a la definición de accesibilidad inicial, que sería el ingreso al sistema. En este sentido, un informante calificado puntualiza en una entrevista: “Hay una *accesibilidad inicial*, a la entrada del sistema. Por ejemplo la accesibilidad a trasplante de riñón, ya es de otro tipo de accesibilidad. Por lo general, cuando se piensa accesibilidad se la piensa en relación al nivel primario, al inicio de la atención” (Comes, 2003: 2). Sin embargo, la accesibilidad es un concepto que abarca el acceso inicial pero también la atención y el tratamiento como un proceso único o de *accesibilidad ampliada* que cubriría todo el proceso de atención.

1.1. Dimensiones de la accesibilidad

La accesibilidad constituye el extremo más deseable de ingreso al sistema de salud, en tanto remite a la posibilidad de acceder plenamente. En el otro extremo se encuentran las barreras, que consituyen la situación menos deseable (Comes, 2003). Generalmente estas aparecen como lo opuesto a la accesibilidad, pero en el presente informe se definirá “facilitadores” y “barreras” como dos extremos del acceso al servicio.

Partiendo de una descripción macro de la accesibilidad geográfica y económica al sistema de salud, se enfocará en la dimensión organizativa (dispositivos, instrumentos o herramientas para los indicadores, etc.) y cultural (representaciones sociales de los trabajadores de la salud sobre los usuarios de drogas, el vínculo con el paciente, etc.).

Las principales dimensiones con las que clásicamente se aborda el tema de la accesibilidad son las siguientes:

La *geográfica*, que refiere a la localización del centro de salud o unidad sanitaria y su población asignada; las distancias entre el lugar de residencia de los usuarios y el centro de salud; el desplazamiento de poblaciones de una jurisdicción a otra para hacer uso de centros de salud, tanto porque en su zona carecen de los mismos o porque prefieren o eligen un mejor servicio. A la cuestión de la distancia geográfica se suma un elemento de la dimensión económica: costo del transporte y tiempo de viaje.

La dimensión *económica*, que refiere al acceso gratuito o no al servicio de salud, el precio de los medicamentos, la privatización o cobro encubierto de los servicios de salud pública, etc.

La dimensión *organizacional*, que abarca los aspectos burocráticos y administrativos de cada institución (modalidad de los turnos o interconsultas, tiempo de espera, etc.).

Para el propósito de este estudio, es relevante analizar el nivel de la accesibilidad que atañe a los recursos (materiales y humanos) junto a la dimensión cultural (percepciones y representaciones sociales) de los trabajadores de la salud, para comprender la dimensión cultural en tanto facilitadores o no del acceso a los servicios, la atención y el tratamiento a usuarios de drogas.

Por ello, finalmente, se abordará la dimensión *cultural*, que analiza la “posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales” (Comes, 2003: 3). Bajo esta dimensión puede indagarse sobre los hábitos, prácticas, actitudes y creencias de los actores. Como el proceso institucional se basa en una relación social entre trabajadores de la salud y población usuaria del sistema, la dimensión cultural afecta a ambos.

1.2. Accesibilidad cultural y representaciones sociales

Es importante priorizar, entonces, la perspectiva de los trabajadores con respecto a la accesibilidad cultural que, como se mencionó anteriormente, está condicionada por la estructura de clases sociales y los saberes adquiridos a través de la educación formal (capital cultural). “En la relación del equipo de salud con la población, aparecen con claridad las influencias de diferentes subculturas a las que ambos pertenecen. Se ha dicho, por ejemplo, que el personal médico es en general un producto de la clase media, con actitudes, verbalizaciones y valores que no siempre le permiten las mejores posibilidades de comunicación con los distintos grupos de población” (Sonis y Paganini, 1982: 289). 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).

Boltansky desarrolla el concepto de “distancia social” para señalar cómo 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).

Las investigaciones socioantropológicas, por ejemplo, han demostrado la importancia del trato y el vínculo médico paciente como un factor importante en la adherencia a los tratamientos (Pecheny y otros, 2002), en especial respecto de los tratamientos por VIH/sida, en los cuales se han descrito barreras subjetivas que se reflejan en prejuicios hacia los usuarios de drogas, gays y travestis (Pecheny y otros, 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.

Las representaciones sociales acerca de los usuarios de drogas tienen efectos en las relaciones de los trabajadores de la salud con ellos, más allá de la formación académica específica que estos tengan acerca del tema del uso de drogas. Las imágenes, estereotipos y prácticas que forman parte de esos saberes de la vida cotidiana tienen efectos en los vínculos y en los procesos de salud-enfermedad-atención.

La teoría de las representaciones sociales ha sido acuñada por Serge Moscovici en su libro *El psicoanálisis, su imagen y su público*, retomando el concepto de representaciones colectivas de Durkheim. Las define como formas de conocer que se constituyen como sistemas con una lógica propia, que se mantienen en el tiempo y son dinámicos. Señala que “poseen la naturaleza de un proceso psíquico apto para volver familiar, situar y hacer presente en nuestro universo interno lo que se halla a determinada distancia de nosotros, traducen la relación de un grupo con un objeto socialmente valorizado [...] motivan y facilitan la transposición de conceptos y teorías consideradas esotéricas al plano del saber inmediato e intercambiable, convirtiendo éstos en instrumentos de comunicación” (Moscovici, 1961: 42).

Denise Jodelet, que es otra referente teórica de este tema, 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, los 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 (Jodelet, 1986; 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. Spink (1993) considera dos ejes epistemológicos para explicar la génesis de

las representaciones sociales: por un lado como una forma de conocimiento práctico para comprender y comunicar. Y por otro lado, su surgimiento como construcción de carácter expresivo de sujetos sociales respecto de objetos socialmente valorizados. Al mismo tiempo combinan la expresión de lo permanente con la multiplicidad y las contradicciones de la cultura.

2. Objetivo general y objetivos específicos

Este estudio tiene como objetivo general el análisis de la accesibilidad de los usuarios de drogas 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 parte de la descripción y el análisis de las prácticas de atención y representaciones acerca del uso de drogas entre los trabajadores de la salud que atienden a esta población, con el propósito de contribuir a la elaboración de contenidos destinados a futuras capacitaciones para dichos trabajadores.

Más específicamente, se buscó describir las representaciones de los profesionales acerca del perfil del usuario de drogas y los problemas y modalidades de accesibilidad más frecuentes en relación a las diferentes etapas en el proceso de atención, según el efector de salud.

También se identificaron las representaciones sociales de los trabajadores de la salud acerca del uso de drogas y se analizó en qué medida esas representaciones favorecen u obstaculizan la accesibilidad al sistema de salud.

Por otra parte, se relevaron los indicadores/registros y las prácticas de rutina que utilizan los efectores de ambas ciudades para la atención de los problemas de salud relacionados con el uso de drogas. El análisis de la información recolectada se orienta a la elaboración de una propuesta de capacitación que permita mejorar el nivel de identificación, registro y atención de esta población.

3. Muestra

El universo de estudio estuvo integrado por 129 trabajadores de la salud pertenecientes a efectores del subsector público de salud de ambas ciudades. 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 usuarios de drogas. Por ello, se consideró a trabajadores de la salud con un mínimo de 5 años de experiencia. Esta condición se cumplió en la gran mayoría de los casos, ya que sólo se entrevistó a una persona con menor antigüedad (tres años) en el cargo.

Otro criterio tenido en cuenta fue que los encuestados fueran personal de planta o que tuviesen estabilidad laboral equiparable con el cargo de planta. No se incluyó a miembros de los programas de residencias porque éstos, aunque son trabajadores del sistema de salud, participan al mismo tiempo de un proceso de capacitación y de acreditación específico.

Las cuotas por ciudad fueron las siguientes: 84 trabajadores de la salud de la Ciudad de Buenos Aires y 45 de la Ciudad de Rosario. En Buenos Aires se tomó una muestra de trabajadores de hospitales generales y en Rosario se incluyó además una cuota de trabajadores de centros de salud.¹ Por ese motivo y por diferencias importantes entre los dos sistemas de salud en el aspecto organizativo, se analizan los resultados por separado y no se realizan comparaciones entre las dos ciudades.

Sin embargo, para que ambas submuestras tengan cierto grado de homogeneidad entre sí, se buscó tomar cuotas similares de trabajadores según el servicio/especialidad. En ambas ciudades, la proporción estuvo sujeta a los criterios de viabilidad y factibilidad.

¹ En la muestra de la ciudad de Rosario, por sugerencia del Programa Municipal de Sida, se incluyó a trabajadores del Primer Nivel de Atención en Salud. Esto se debe a la organización descentralizada del subsistema público de salud de Rosario, que tiende a promover que los Centros de Salud sean la “puerta de entrada”. Al mismo tiempo, hay que considerar que, por esta misma particularidad del sistema, en Rosario los servicios de salud del ámbito hospitalario son menos numerosos que en Buenos Aires.

4. Diseño metodológico

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo de carácter exploratorio, basado en datos cualitativos y cuantitativos obtenidos de las entrevistas a trabajadores de la salud y la triangulación con datos secundarios obtenidos del análisis de entrevistas realizadas con usuarios de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires entre 1998 y 2004.

Fuentes

Las **fuentes primarias** fueron trabajadores de la salud pertenecientes a efectores del subsector público de salud de las ciudades de Buenos Aires y Rosario que estuvieran involucrados en la atención de usuarios de drogas. Las **fuentes secundarias** fueron datos de contexto sobre acceso al sistema público en las dos ciudades obtenidos en las direcciones de estadísticas de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de la Municipalidad de Rosario.

Instrumentos

Los datos primarios fueron relevados a través de un **cuestionario** que contenía algo más de 50 preguntas abiertas y cerradas. Éstas se organizaron en las varias secciones, según los temas a los que se refería la pregunta.

Perfil del trabajador: este apartado incluía preguntas acerca de la profesión, especialización, antigüedad, relación con UD, cargo que ocupaba, sexo y edad de los trabajadores de la salud.

Perfil de los pacientes: en esta sección se preguntó a los trabajadores de la salud por el perfil sociodemográfico (sexo, edad, nacionalidad, lugar de residencia, ocupación) de todos los pacientes que atienden (denominados en este caso *pacientes en general*) y luego por el mismo tipo de datos en forma exclusiva para los usuarios de drogas (*pacientes UD*). Se incluyeron preguntas comparativas entre pacientes en general residentes en la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires y entre pacientes en general y pacientes UD. Al indagar sobre los pacientes UD, se preguntó a los trabajadores por los problemas de salud más frecuentes, sobre sus vínculos (familia, amigos, parejas) y el consumo de drogas.

Las preguntas referidas a la accesibilidad fueron organizadas por etapas.²

Acceso inicial: respecto de la llegada del sujeto al hospital y al servicio se consultó sobre las principales dificultades de acceso para los pacientes en general. También se preguntó por los modos en que los pacientes UD llegan al servicio (ej., demanda espontánea, urgencia, derivaciones) y se solicitó que compararan si tenían mayores dificultades de acceso o no a su servicio de salud que los pacientes en general. Finalmente, en el caso de pacientes UD, se indagó sobre las derivaciones a otros servicios.

Acceso ampliado consulta: a propósito de las primeras consultas, se indagó sobre cómo los trabajadores conocen acerca del uso de drogas de sus pacientes y sobre el tipo de registro que emplean, su utilidad y si registran información como uso de drogas, enfermedades infecciosas, uso de preservativo, problemas sociales y subjetivos de los pacientes.

Acceso ampliado tratamiento: refiere al momento de las consultas pautadas o a los tratamientos adoptados según el tipo de servicio. Se indagaron los motivos de interrupción y regreso al tratamiento y cómo actúan y perciben los trabajadores de la salud estas interrupciones. También, la relación entre el trabajador y el paciente UD y las prácticas de riesgo y cuidado asociados al uso de drogas.

Condiciones de trabajo: incluye breves preguntas sobre la carga horaria de los trabajadores de la salud, la cantidad de pacientes que atienden y otros trabajos que realizan fuera del hospital.³

Capacitación y propuestas: contiene preguntas referidas a la capacitación que han recibido sobre el uso de drogas, posibles capacitaciones a realizar en el futuro y propuestas para mejorar la accesibilidad de los UD a los servicios de salud.

² Esta esquematización del proceso de accesibilidad fue realizada con el propósito de organizar la recolección de datos.

³ Las preguntas acerca de condiciones de trabajo fueron utilizadas y probadas satisfactoriamente por el Equipo de Investigación de Ubacyt dirigido por Graciela Zaldúa (Instituto de Investigación de Psicología, UBA) en el proyecto "Praxis psicosocial comunitaria en salud" (Po58) Programación científica 2004-2007.

Con los servicios de Guardia de Emergencias y de Adicciones se realizaron ajustes en el instrumento y en el análisis de datos para algunas preguntas en particular. En el caso de las guardias no se preguntó acerca de los problemas de continuidad en los tratamientos para los UD's específicamente y de las creencias de los profesionales al respecto porque la misma dinámica del sector impide que los trabajadores realicen un seguimiento de los pacientes.

En el caso de los profesionales que atendían UD's únicamente o en su gran mayoría –como son los casos de los servicios de Adicciones y Toxicología, que atienden una sola clase de pacientes– no se realizó la comparación entre los UD's y los pacientes en general. Por lo tanto, para evitar un sesgo, se excluyeron esos profesionales de los análisis comparativos.

En la ciudad de Rosario, por sugerencia del Programa Municipal de Sida, se agregaron al cuestionario cuatro preguntas acerca de las políticas de reducción de daños.

Se complementaron las encuestas con observaciones etnográficas en las que se describen los contextos de la recolección de datos, los usos específicos del lenguaje y las particularidades de cada institución.

El tiempo de aplicación de las encuestas osciló entre 45 minutos y 1 hora y 15 minutos dependiendo de la disponibilidad de tiempo de los encuestados y del contexto del trabajo de campo (por ejemplo, un pasillo de una guardia hospitalaria).

El trabajo de campo se desarrolló en el período que comprendió los meses de octubre a diciembre de 2006. Las entrevistas se realizaron principalmente en los mismos hospitales y centros de salud (en el caso de Rosario) y en algunos casos en algún bar cercano a la institución. Resultó relevante realizarlas en el “contexto de terreno” por lo cual se acordó con los trabajadores lugares de circulación habitual para ellos.

En agradecimiento por la participación en el estudio, se entregó a los entrevistados material bibliográfico explicativo de las políticas y las estrategias de intervención de la reducción de daños y un libro con los resultados del estudio realizado por Intercambios Asociación Civil sobre los cambios en el uso inyectable de drogas en el período 1998-2003.⁴ Ambos son productos de la Segunda Fase del Proyecto Regional.

El reclutamiento de los sujetos se realizó por medio de la identificación de informantes clave y de contactos de los integrantes del equipo con efectores de salud que fueron los “abre puertas” de las instituciones.

Los encuestadores participaron de una capacitación previa y fueron supervisados durante el proceso de relevamiento de la información. Asimismo, en cada institución y a cada trabajador de la salud entrevistado, se le presentó una carta donde se explicitaban los objetivos del estudio y se detallaba el marco institucional de la Tercera Fase del Proyecto Regional así como quienes eran los integrantes del Consejo Asesor.

Finalmente, es importante destacar que en la participación de las personas en este estudio se siguieron los principios éticos⁵ de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad. En todos los casos se aplicó un consentimiento informado y sólo se incluyó a personas mayores de 18 años.

⁴ D. Rossi y V. Ranguigni (2004): *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-ONUSIDA-ONUDD.

⁵ Estos lineamientos siguen las pautas internacionales para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Ginebra, 1991.

.....

Resultados obtenidos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

.....

CAPÍTULO 1

Sistema de salud

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene –en el marco de su Constitución, sancionada en 1996– la potestad de conducir, regular y controlar su sistema de salud. Asimismo, la articulación y complementariedad entre los subsectores estatal, privado y de los organismos de seguridad social (GCBA, 2007).

Como principios generales, consolidados en la Ley Básica de Salud, se jerarquiza la atención primaria, el primer nivel de atención y la promoción de la descentralización de la gestión estatal dentro de la unidad del sistema (Boletín Oficial, 1999). Esta ley, que rige en el territorio de la Ciudad, establece un modelo prestacional basado en la salud integral y alcanza a todas las personas sin excepción, sean residentes o no de la misma.

La organización del subsector público tiene como efectores a hospitales, centros de salud y agentes sanitarios. Los establecimientos de atención hospitalaria son 34 y todos cuentan con un importante grado de complejidad, lo que los hacen referentes no sólo del limítrofe conurbano bonaerense sino también del resto del país. Entre ellos hay 13 hospitales generales de agudos, 3 hospitales pediátricos, 3 instituciones de salud mental (una de emergencia), 1 institución infante juvenil de salud mental, 3 hospitales odontológicos, 1 hospital oncológico, 3 hospitales de rehabilitación, 1 maternidad, 1 hospital especializado en gastroenterología, 2 hospitales especializados en oftalmología, 1 hospital especializado en quemados, 1 hospital especializado en infecciones y 1 de zoonosis. Los hospitales generales se distribuyen en relación a los grandes conglomerados habitacionales y los monovalentes están ubicados en la zona sur. Esto se debe a que dichas instituciones eran de dependencia nacional y fueron transferidas en la década de 1980 a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

La Atención Primaria de la Salud prioritariamente está a cargo de 40 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) y 2 Centros de Salud Mental que están ubicados en diferentes barrios y dependen de las Áreas Programáticas de los hospitales.

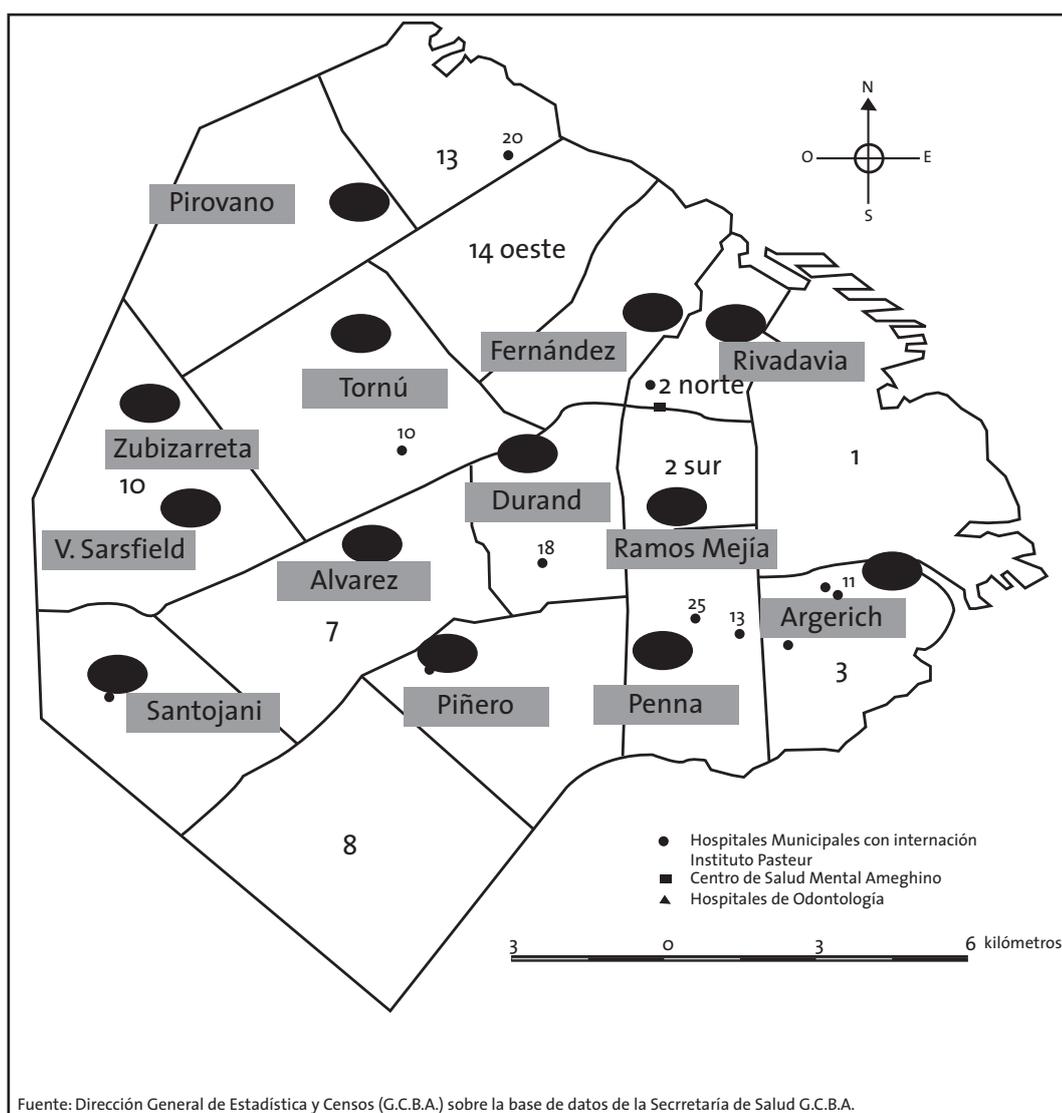
Por otra parte, se desarrollan programas de promoción y protección de la salud. Entre las temáticas que abarcan se destacan: salud materno infantil, control de niño sano y del niño desnutrido, salud escolar, procreación responsable y sexualidad, prevención del cáncer en la mujer (papanicolau y colposcopia), tuberculosis, Educación para la Salud; reinserción en salud mental, prevención de accidentes, integración comunitaria de discapacitados, tratamiento de las adicciones, violencia familiar, SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, diabetes e hipertensión arterial.

Por último, la ciudad cuenta con 38 Centros Médicos Barriales, en los cuales hay médicos generalistas, pediatras, tocoginecólogos, clínicos y odontólogos que realizan prevención de salud y tratamiento de las enfermedades más frecuentes a través del programa de Médicos de Cabecera. Este programa, que involucra a 286 médicos y 56 odontólogos, se desarrolla también en consultorios privados y tiene como objetivo mejorar la accesibilidad a la prestación médica en el marco de la gratuidad.

1.1. Características de la muestra

Para la realización del presente estudio se visitaron 12 de los 13 hospitales generales del subsistema público de salud de la Ciudad (Mapa 1). Se entrevistaron profesionales pertenecientes a servicios de Infectología, Salud Mental, Guardia (Clínica y Salud Mental), Toxicología y/o Adicciones y Servicio Social.

Mapa 1. Distribución geográfica de los hospitales generales



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

- Un promedio de 13 años trabajando en vinculación con usuarios de drogas y de 14.5 de antigüedad en el servicio.
- Una media de 18 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 44 (Tabla 1).

Con respecto a la profesión de los trabajadores y el servicio en el que se desempeñan se encontraron características diferentes (Tabla 2). Los servicios de Salud Mental estaban compuestos generalmente por psicólogos y médicos psiquiatras, aunque hubo dos casos de médicos psicoanalistas y un médico clínico especializado en Terapia Familiar.

Tabla 1. Edad de los profesionales entrevistados

Edad	N	%
Entre 28 y 39	29	34,5%
Entre 40 y 51	40	47,6%
Entre 52 y 63	15	17,9%
Total	84	100%

Las especializaciones de los trabajadores fueron muy diversas. La mayor homogeneidad se presentó en los servicios de Infectología, integrados mayoritariamente por médicos infectólogos y psicólogos especializados en VIH/sida o adicciones.

En el caso de los servicios de Salud Mental, hubo varios trabajadores dedicados a temas de adicciones y otros mencionaron especializaciones en Psicoanálisis y Psiquiatría, VIH/sida, Terapia Familiar, Infanto-juvenil y Violencia Familiar.

En los Servicios Sociales las especializaciones también fueron dispares: se refirieron temas como VIH/sida, Salud Comunitaria, Cuidados Paliativos y Educación Sexual.

Con respecto a los servicios de Guardia se pudieron diferenciar tres grupos: la Guardia de Salud Mental, de Toxicología y General, donde se concentraban básicamente los médicos clínicos.

Tabla 2. Profesión y servicio en que se desempeñan los profesionales entrevistados

PROFESIÓN	SERVICIO					Total
	Infectología	Salud Mental	Servicio Social	Guardia	Adicciones/ Toxicología	
Médico infectólogo	17	0	0	0	0	17
Psicólogo	3	7	0	3	5	18
Médico psiquiatra	1	5	0	2	1	9
Trabajador social	0	0	16	0	0	16
Médico clínico	2	1	0	17	2	22
Médico psicoanalista	0	2	0	0	0	2
Total	23	15	16	22	8	84

1.2. Condiciones de trabajo de los profesionales

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 observar la carga horaria promedio de todos los trabajadores y la cantidad de pacientes que atienden es necesario diferenciar 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 la media de horas semanales trabajadas fue de 38 y el promedio de pacientes atendidos diariamente de 50 (Tablas 3 y 4). En el resto de los servicios, estas cifras disminuyen, respectivamente, a 28 (media de 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.

Tabla 3. Distribución de las horas de trabajo semanal, diferenciando el Servicio de Guardia del resto de los servicios

Horas de trabajo semanal	En servicios de infectología, toxicología/adicciones, salud mental y trabajo social		En servicios de guardia	
	Cantidad de casos	%	Cantidad de casos	%
Menos de 20 hs	7	11,7%	11	50%
Entre 20-30 hs	33	55%	5	22,7%
Entre 31-40 hs	19	31,7%	3	13,6%
Entre 41-50 hs	1	1,7%	3	13,6%
Total	60	100%	22	100%

Tabla 4. Medias de horas de trabajo semanal y pacientes atendidos diariamente, diferenciadas por servicio

Servicio	Media de horas de trabajo semanal		Media de pacientes atendidos diariamente	
	N		N	
Infectología	21	27,10	22	12,73
Salud Mental	15	24,27	13	8,77
Servicio Social	16	32,94	16	12,69
Guardia Salud Mental	4	25,00	3	28,33
Guardia Clínica	16	38,75	16	58,38
Toxicología y/o Adicciones	8	29,00	8	7,13
Guardia toxicología	2	53,00	2	10,50
Total	82	30,71	80	21,18

CAPÍTULO 2

Acceso inicial

En este capítulo se describirá, de modo general, el perfil de los sujetos que utilizan los hospitales generales pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, en particular, el de los UDs que acceden a estos servicios de salud.

Para esto se tuvieron en cuenta las respuestas de los trabajadores de la salud acerca de las características –en cuanto a edad, sexo, lugar de residencia, nacionalidad y ocupación– de todos sus pacientes y, en particular, de los *pacientes UDs*. Cabe aclarar que no fueron entrevistados los pacientes que utilizan los servicios de salud ni se utilizaron fuentes secundarias.

Dado que el objetivo del presente estudio es describir las percepciones que los trabajadores tienen acerca de cuestiones tales como la accesibilidad o el perfil de los usuarios de drogas que atienden en los servicios de salud, las mediciones y tendencias aquí presentadas corresponden solamente a respuestas de estos profesionales. Se trata siempre de perspectivas, valoraciones y formas de construir simbólicamente, no de datos en base a registros o fuentes que de alguna manera son más objetivas.

Se presentan respuestas a preguntas abiertas que tuvieron por objetivo obtener un panorama general de las descripciones que los trabajadores hacen acerca de los pacientes con los que se relacionan en forma habitual. Entre ellos, se distinguen los *pacientes en general*, o sea todos los que son atendidos por el trabajador, y un subgrupo dentro de ellos que denominamos *pacientes UDs*.

Como se señaló en “Marco teórico y metodología” en el proceso de accesibilidad se discriminan dos etapas, el acceso *inicial* y el *ampliado*. En este capítulo también se presenta el análisis de la primera etapa, que llamamos *acceso inicial*, entendiendo por ello el **modo en que los sujetos llegan al hospital** para solicitar algún tipo de servicio de salud o porque son atendidos ante una urgencia.

A partir de las respuestas de los trabajadores de la salud, quienes mencionaron y describieron lo que ellos consideraron las principales dificultades que tenían sus *pacientes en general* para acceder al hospital y al servicio donde se desempeñan, fue reconstruido un panorama general acerca de las barreras en el *acceso inicial*. Luego de esto, se les solicitó que señalaran si existían más dificultades de acceso que las antes descritas para el caso de los *pacientes UDs*.

2.1. Acceso inicial para pacientes en general

Los resultados que se presentan a continuación reflejan la mirada particular de los trabajadores de la salud entrevistados para el presente trabajo de campo acerca de los problemas de accesibilidad que afectan a los *pacientes en general* que llegan y utilizan los diferentes servicios de los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires. Reconstruir este panorama no implica detallar exhaustivamente todos los problemas de accesibilidad, sino que remite a lo que este conjunto de entrevistados registra como problemas de acceso inicial.

2.1.1. Perfil sociodemográfico

¿Quiénes son los sujetos que utilizan el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires?^{1,2} En cuanto a la **edad**, los trabajadores (N = 74) respondieron que la mayoría de sus pacientes son adultos (90,5%) y jóvenes (60,8%). En menor medida, adolescentes (20,8%) y sólo hicieron referencia a ancianos el 17,6% y a niños el 8,1%. Con respecto a la **nacionalidad**, es interesante destacar que si bien el 100% de los trabajadores (N = 74) dijo que atendía a pacientes de nacionalidad argentina, el 47,2% señaló que también atendía a extranjeros, básicamente de países limítrofes y Perú.

En el perfil de los pacientes por la variable **sexo**, se observó una distribución heterogénea: el 41,9% (N = 74) informó que atendía a una cantidad igual de varones y mujeres, el 29,7% que atendía mayormente a varones y el 28,4% a mujeres. En referencia al **nivel socioeconómico**, los encuestados refirieron que la mayoría de los pacientes estaban desocupados. En proporción seguían los de la clase trabajadora (obreros, operarios, trabajadores por cuenta propia no profesionales). Como es esperable, se señaló sólo en pocos casos la atención de profesionales o de empleados calificados y en ningún caso de personas de clases altas.

2.1.2. Principales dificultades de acceso inicial

Entre las dificultades de acceso al hospital, que los trabajadores de la salud percibieron como las más frecuentes entre los *pacientes en general*, se nombraron un número variado de respuestas, que se pueden englobar en diferentes tipos de barreras (Tabla 5).

Tabla 5. Tipos de barreras que dificultan el acceso de los pacientes en general

Tipo de barrera	Dificultades
Geográficas	Se vinculan a las distancias entre el lugar de residencia de las personas y los servicios de salud y los problemas de desplazamiento.
Económicas	En relación con los pacientes. Refieren a las condiciones económicas que los mantienen en condiciones de pobreza. Incluyen problemas de traslado. En relación con el hospital. Son las que resultan de la falta de recursos por problemas presupuestarios o de organización del sistema.
Organizacionales	Involucran aspectos burocráticos y administrativos (modalidad de turnos y horarios, de derivaciones o interconsultas, tiempo de espera) así como la organización espacial de los servicios y consultorios.
Culturales	Refieren a la “posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales” (Comes, 2003) y a las prácticas de los pacientes.
De atención hospitalaria	Refieren tanto al trato que reciben los pacientes de parte del conjunto de trabajadores de la salud (incluye a los administrativos y enfermeros), como a los problemas de la relación trabajador-paciente (en los trabajadores encuestados).
Situaciones laborales de los pacientes	Puntualizan problemas que tienen los pacientes que trabajan para disponer de tiempo, horarios o permisos laborales para asistir al hospital.

¹ Para evitar un sesgo, se excluyeron del análisis comparativo 10 trabajadores de servicios de Adicciones y/o Toxicología porque la mayoría o todos sus pacientes son UD.

² Los trabajadores fueron consultados a partir de preguntas múltiples y abiertas en las cuales, en muchos casos, se respondió por más de una categoría. Por lo tanto, la suma de los porcentajes de todas las categorías es mayor al 100%.

Teniendo en cuenta las dificultades de acceso que los trabajadores mencionaron como propias de los pacientes y propias del hospital o servicio, los tipos de barreras de accesibilidad se pueden organizar de diferente manera (Tablas 6 y 7).

Tabla 6. Tipos de barreras referidas como propias de los pacientes

Tipo de barrera	Ejemplos de respuestas
Cultural	“Piensan poder resolver sus problemas solos.” “Muchos no tienen conciencia de la enfermedad.”
Económica	“El costo de los medios de transporte.” “La falta de trabajo.” “No tienen para el boleto.”
Situaciones laborales	“Por el trabajo, no tienen tiempo.” “Por el trabajo, tienen dificultad para pedir permiso.”
Geográficas	“Las distancias con sus casas.” (en pacientes del Gran Buenos Aires). “Dificultades para trasladarse desde el Gran Buenos Aires.”

Tabla 7. Tipos de barreras en referencia al servicio-hospital

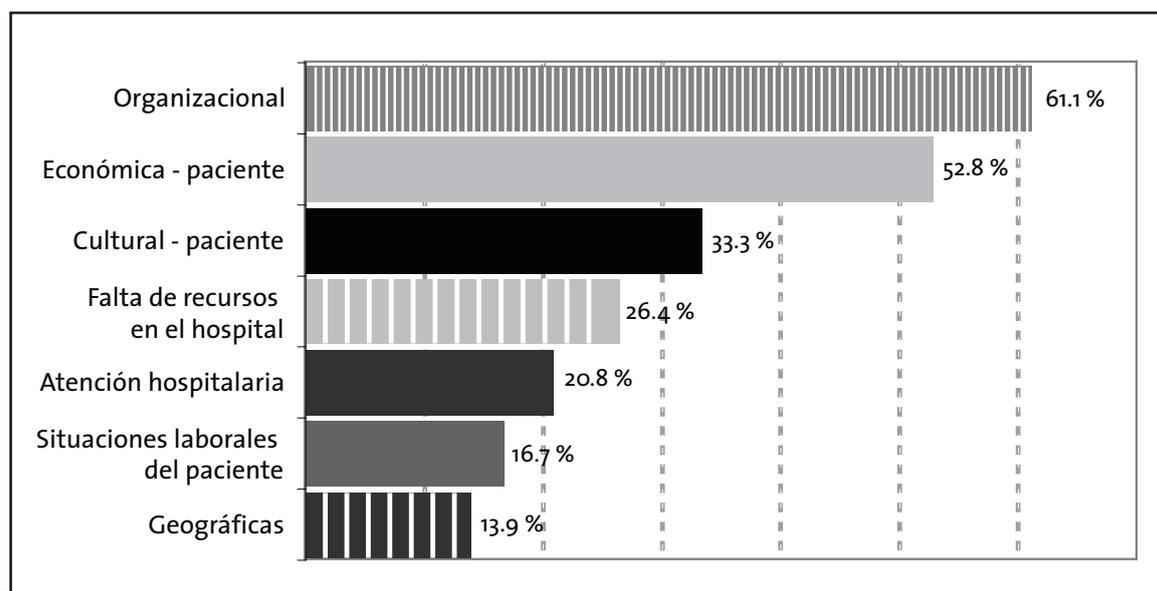
Tipo de barrera	Ejemplos de respuestas	
Falta de recursos en los hospitales	“Sistema de salud saturado.” “Falta de espacio físico.” (edificio) “Falta de insumos.” (fármacos)	
Atención hospitalaria	En general Relación médico-paciente Prácticas de los trabajadores	“Falta de contención en el hospital.” “Actitud discriminatoria en las instituciones.” “Vínculos asimétricos entre profesional y paciente.” “Incapacidad de ayudar aunque se quiera.” “Malas explicaciones de los médicos.” “Calidad de atención en la guardia.” (expulsiva)
Organizacional	Turnos y horarios Demora o espera Derivaciones Burocracia administrativa	“Poca disponibilidad de turnos.” “Turnos a largo plazo.” “Horarios.” (muy temprano) “Demora o colas para sacar turnos.” “Demora/espera para ver al médico.” “Interconsultas con otros especialistas.” “Requisitos de documentación.” “Burocracia que cansa al paciente.”

El orden de importancia otorgado a las barreras fue diferente para cada caso (Gráfico 1).³ Entre las más mencionadas (N = 72) se encuentran las barreras organizacionales. Los trabajadores perciben que las dificultades para obtener turnos y horarios son mayores cuando las personas

³ Los porcentajes representan la cantidad de respuestas múltiples, es decir que cada encuestado respondió más de una categoría. Por lo tanto, la suma de los porcentajes de todas las categorías es mayor al 100%

trabajan y los horarios se superponen o cuando los pacientes “no quieren faltar al trabajo” para atender su salud. Por ello, la disponibilidad horaria del paciente –otro de los aspectos que dificultan el acceso– está asociada a la poca oferta horaria que tiene el hospital.⁴

Gráfico 1. Principales dificultades de acceso a los hospitales de los pacientes en general, según tipos de barreras de accesibilidad



En segundo lugar, se nombraron las barreras de acceso de tipo económicas. Se refieren principalmente a la falta de dinero para costear el viaje al hospital, hecho que está asociado también a las barreras de tipo geográficas ya que una importante población que acude a estos hospitales reside en el Gran Buenos Aires. En algunos casos estos problemas también se asocian a las barreras organizacionales, dado que los tiempos de espera o la oferta de turnos se suman a las complicaciones para quienes vienen de lugares lejanos y pagan altos costos para trasladarse.

Algunos trabajadores percibieron que las dificultades de acceso se deben también a la falta de recursos materiales y humanos del propio hospital (falta de camas, sedes, servicios especializados, personal, espacio, medicamentos, etc.), que da como resultado la percepción de la “saturación del sistema” o la “sobrecarga de los profesionales”. Con una mirada más crítica, hubo trabajadores que apuntaron a la calidad del servicio que se brinda. La atención hospitalaria refiere a la práctica de atención tanto de los profesionales de la salud como de los administrativos, que consideran que resulta “ineficiente” y en algunos casos “expulsiva”.

Se pudo observar, entonces, que la mayoría de las respuestas refirieron a dificultades que afectan tanto al paciente como al hospital, como las económicas, o a problemas institucionales, como la organización hospitalaria, la falta de recursos y la atención hospitalaria. Pero, en tercer lugar, apareció una importante cantidad de respuestas que ponían el acento en problemas o responsabilidades del propio paciente que observamos en la barrera de tipo cultural y disponibilidad horaria.

La dimensión cultural percibida por los trabajadores es aquella que refiere a las prácticas, creencias y hábitos de los sujetos acerca de su salud. Como señala Comes, “si una persona piensa, sabe, cree o se representa de una manera particular al sistema de salud y al acceso al mismo, seguramente actuará, realizará prácticas, hábitos, etc., congruentemente con esa forma de pensar” (Comes, 2003: 4). De esta manera, para los entrevistados las personas casi no concurren al hospital o lo hacen cuando las enfermedades están muy avanzadas, ya sea por vergüenza o “inhibiciones propias para venir”, porque no tienen conciencia de sus problemas de salud o por

⁴ Cabe aclarar que el trabajo de campo fue realizado antes del 19 de marzo de 2007, cuando comenzó una nueva oferta horaria de turnos vespertinos en los hospitales Penna, Tornú, Ramos Mejía y Piñero, dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

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.

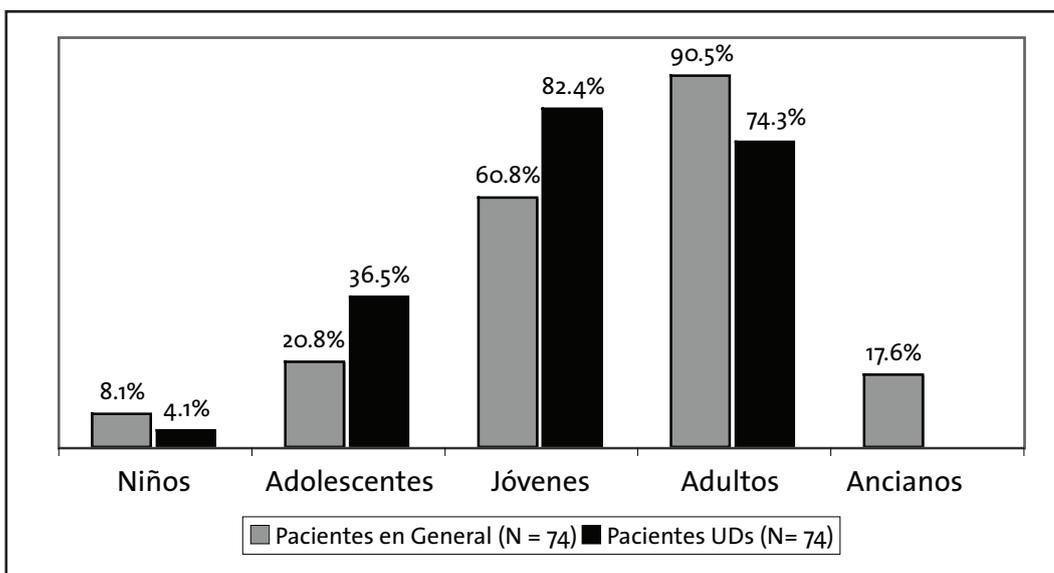
2.2. Acceso inicial para pacientes UD

Luego de establecerse el panorama de acceso inicial para los pacientes en general, se solicitó a los entrevistados mayores datos sobre las dificultades del subgrupo pacientes UD.

2.2.1. Perfil de los pacientes UD

¿Quiénes son los pacientes UD que utilizan el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires?⁵ En cuanto a la **edad**, los trabajadores (N = 74)⁶ indicaron que la mayoría de sus pacientes eran jóvenes (82,4%) y adultos (74,3%). El 36,5% dijo que atendía a adolescentes, 3 a niños y ninguno mencionó atender a ancianos. Igual que en el caso de los pacientes en general, las respuestas indicaron que la mayoría de los pacientes UD son adultos y jóvenes. Sin embargo, es mayor el porcentaje de adolescentes y jóvenes y, al mismo tiempo, disminuye la proporción de adultos. Esto indica que las edades de los UD que recurren a estos servicios de salud se encuentran entre los 13 y 30 años aproximadamente y hay una proporción mayor de adolescentes y jóvenes que entre los pacientes en general (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribución de la edad de los pacientes en general y los UD



En cuanto a la **nacionalidad**, el 100% de los trabajadores refirió atender a UD argentinos y sólo un 16,2% dijo que además atendía a extranjeros (de países limítrofes y Perú). Con relación a la distribución por **sexo**, las respuestas (N = 73) fueron bastante homogéneas: el 78,1% informó que sus pacientes eran mayormente varones, sólo un 17,8% dijo que atendía una cantidad igual de varones que de mujeres y muy pocos (4,1%) que atendían mayoría de mujeres.

De manera general se indagó la **situación socioeconómica** de los UD, para lo que se solicitó a los trabajadores de la salud que describieran a qué sector social pertenecían sus pacientes UD. La mayoría (73% de N = 74) contestó que eran de clase baja, mientras que un 45,9% también reportó consultas de UD de clase media-baja (en forma no excluyente) y sólo un 25,7% contestó que algunos eran de clase media. La referencia a UD de clase alta fue mínima (1,4%). Sólo dos tra-

⁵ Preguntas de respuestas múltiples y abiertas.

⁶ Se excluyeron 10 trabajadores que trabajan con mayoría o todos pacientes UD.

bajadores señalaron que atienden pacientes UD's de todas las clases sociales. Una observación del perfil socioeconómico de los UD's según la zona de los hospitales donde se relevó la información, arroja una distinción importante acerca del acceso a los servicios públicos de salud en relación con la localización de los hospitales y el tipo de **segregación urbana**⁷ de la Ciudad de Buenos Aires.

En primer lugar, es importante señalar que tanto en el nivel socioeconómico como en atención sanitaria, la Ciudad de Buenos Aires presenta inequidades notorias entre las zonas sur y norte. Según el Censo Nacional de 2001, los barrios del sur de la ciudad concentran los mayores porcentajes de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Por otra parte, siguiendo el informe epidemiológico de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, también se observa que “la epidemia de VIH-sida tiene un mayor impacto en los barrios de la zona Sur de la ciudad” (GCBA, 2006: 17). Conclusiones similares pueden encontrarse en el estudio sobre hepatitis A en la Ciudad de Buenos Aires realizado por Comes, en el cual se observa que, debido a las condiciones de pobreza, la zona sur de la Ciudad tiene mayores tasas de esta enfermedad que la norte: “las áreas programáticas (de los hospitales) que presentaron los índices más altos fueron aquellas ubicadas en la zona sur [...]. Teniendo en cuenta el mapa de la situación social inconveniente, se observa que en las zonas menos favorecidas la morbilidad por hepatitis A es casi nueve veces mayor que en aquellas más favorecidas. La hepatitis A se concentra en población con mayor situación social inconveniente y mayor vulnerabilidad ambiental en la vivienda. También, se puede observar una correlación lineal entre el NBI y la incidencia de notificación de hepatitis A” (Comes y otros, 2004).

En concordancia con estos estudios, en las encuestas realizadas para el presente estudio se pusieron en evidencia las diferencias en los niveles socioeconómicos de los pacientes según los sectores de la Ciudad donde están ubicados los hospitales.⁸ Se pudo observar que los trabajadores de los hospitales de los sectores sur y centro reportaron en mayor medida que atendían pacientes UD's de clase baja y media-baja. En cambio, los trabajadores de los hospitales del sector norte dijeron que atendían a pacientes de clase media e incluso alta.

2.2.2. Particularidades de los problemas de acceso inicial

Con respecto a la apreciación de los trabajadores entrevistados (N = 74)⁹ acerca de las principales dificultades de acceso para los pacientes UD's, el 40,5% percibió que éstos tenían más dificultades de acceso que el resto los pacientes. Sin embargo, más de la mitad de los trabajadores (59,5%) sostuvo que no existían mayores dificultades de acceso para los UD's (Gráfico 3).

Entre los que aseguraron que no existían mayores dificultades para los UD's, las respuestas más reiteradas dieron como razón que el servicio era “abierto, amigable, que se trata a todos por igual, que no hay discriminación o es indiferente”. En oposición a esto, entre quienes respondieron que sí había mayores dificultades de acceso para los UD's, algunas respuestas refirieron a la dificultad de los servicios para satisfacer la demanda y en pocos casos nombraron problemas de marginación o discriminación ejercidos por el trabajador, el servicio o el hospital.

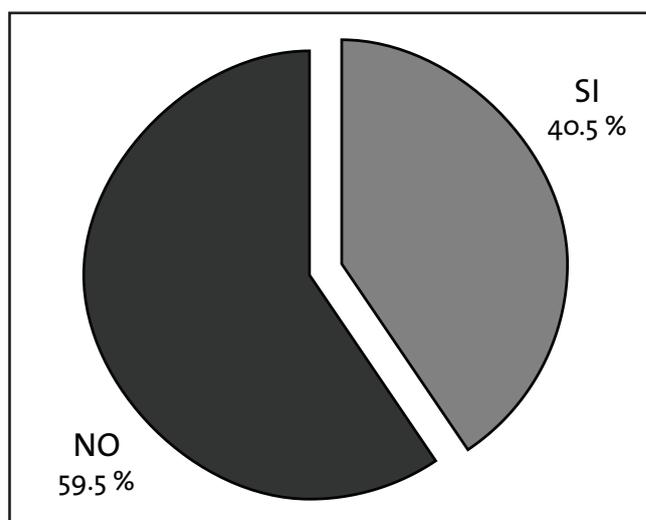
Comparando las respuestas por tipo de servicio, aunque el número de trabajadores entrevistados por servicio sea bajo, se pueden observar ciertas tendencias. Por un lado, los trabajadores de Salud Mental perciben que existen más dificultades para acceder a su propio servicio (9 de 15) en una proporción mayor que el resto de los profesionales. En cambio, los trabajadores de los servicios de Infectología fueron quienes mencionaron menos dificultades de acceso para los pacientes UD's (6 de 17). Esta percepción es congruente con la que muestra un estudio reciente que relevó la accesibilidad desde la perspectiva de las personas que viven con VIH/sida. En él se informa que éstas expresan satisfacción con respecto a los servicios de Infectología y, específicamente, con su infectólogo “de cabecera”: “Esta relación es fruto de una búsqueda activa

⁷ Por segregación urbana se entiende la distribución o localización de las clases socioeconómicas en el espacio urbano. Históricamente, la Ciudad de Buenos Aires se desarrolló hacia el norte, donde se ubican los sectores de mayores ingresos, y las zonas del sur de la ciudad, donde habitan sectores de menores ingresos, fueron relegadas.

⁸ Para realizar el trabajo de campo se organizaron los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires en tres sectores. Norte: B. Rivadavia, Dr. J. A. Fernández y Dr. I. Pirovano. Central: Ramos Mejía, Dr. C. Durand, Dr. E. Tornú, Dr. T. Álvarez, D. Vélez Sárfield. Sur: Dr. C. Argerich, J. A. Penna, P. Piñero y Donación F. Santojani.

⁹ Se excluye a los que trabajan sólo con UD's.

Gráfico 3. Respuestas a la pregunta “¿Los usuarios de drogas tienen mayores dificultades que el resto de los pacientes para acceder a los servicios de salud?”



por parte de los pacientes, favorecida por la relativa riqueza de oportunidades que tienen en la ciudad de Buenos Aires” (Bordenave, Vila y Weller, 2006: 42).

Por otra parte, se pudo distinguir claramente una representación que está presente en ambas argumentaciones, tanto para quienes respondieron que sí existían mayores dificultades como para quienes dijeron que no, que asocia las dificultades de acceso a los problemas del individuo, ya que básicamente se aludió a que el problema del acceso residía en las prácticas, hábitos y creencias de los propios pacientes UD. Esta barrera cultural no sólo está atravesada por los aspectos culturales que se observan para los pacientes en general –es decir, las percepciones y valoraciones que tiene el sujeto sobre su propia salud o los servicios de salud– sino que aquí la dimensión cultural del paciente UD engloba creencias, hábitos y comportamientos asociados a la práctica del consumo de droga.

En muchas oportunidades, esta dimensión del discurso de los trabajadores sobre las dificultades de acceso asociadas al paciente UD, aparecen en una misma respuesta, pero justificando y argumentando diferentes posiciones al respecto. Así, ante la pregunta “¿Usted piensa que los usuarios de drogas tienen mayores dificultades de acceso a este servicio que el resto de sus pacientes?” De una manera sintética, se pueden ilustrar las respuestas según motivos similares.

De quienes creen que los UD no tienen mayores dificultades de acceso (59,5%)

Porque entienden que el servicio es “abierto”, “amigable”, “se trata a todos por igual”, “no hay discriminación”.

“Es un sistema social bastante inclusivo, no plantea obstáculos para la atención, es igual para todos.” (Trabajador social, Servicio Social)

“No. Porque no hay trabas para ningún tipo de persona. Este servicio es accesible en general y no importa que sea drogadependiente.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Porque tienen las mismas posibilidades; al contrario, se les trata de aliviar los turnos, el contacto con el médico, la espera.” (Trabajadora social, Servicio Social)

Por las actitudes, creencias y comportamientos de los pacientes UD.

“Por ellos mismos, porque no quieren venir, están reacios al tratamiento y a reconocer que son enfermos.” (Psicólogo, servicio de Adicciones)

“Porque para el UD la droga no es un problema, hasta que no está en crisis. Son más bien omnipotentes.” (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

“No. Porque el servicio es abierto, pero hay dificultades por el tipo de persona, el servicio es amigable a todos.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Si vienen, se los atiende. Los obstáculos pueden estar en que los usuarios de drogas no quieren que otros sepan que son adictos.” (Médica clínica, servicio de Guardia).

De quienes entienden que los UD's sí tienen mayores dificultades de acceso (40,5%)
 Porque el servicio tiene dificultades para satisfacer la demanda. En pocos casos nombraron problemas de discriminación ejercidos por el trabajador, el servicio o el hospital.

“Por la desorganización interna, por temor a ser marginados, por maltrato que recibieron de otros profesionales.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Por los prejuicios de los profesionales y porque son muy vulnerables y esa situación da dificultades para realizar consultas.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Por prejuicios: no hay conciencia de la adicción o de que la adicción es un problema.” (Trabajador social, Servicio Social)

“Por la discriminación, por la falta de respeto hacia el otro.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

Por las actitudes, creencias y comportamientos de los pacientes UD's.

“En general no quieren venir porque ellos dicen y sienten que se los controla y vigila. Porque no todos quieren dejar la droga, eso hace que no accedan a los servicios. Sólo ves que al 30% que quiere dejar lo trae la familia, si es por ellos, seguirían.” (Psicóloga, servicio de Guardia)

“Espontáneamente no vienen, vienen porque los derivan de otros servicios. Después sí se dan cuenta que uno no está para controlar.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Estos chicos tienen desconocimiento de todo, no saben cuándo tienen que venir y cuándo no, no creo que sepan que pueden venir al hospital, su mundo termina donde están.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

2.3. Síntesis

Desde la percepción de los trabajadores de la salud, se pudo observar que los problemas organizacionales del hospital están afectando principalmente el acceso inicial de todos los pacientes que llegan a sus servicios. Así también, se reconocen como barreras la atención hospitalaria y la falta de recursos en los hospitales. Todas estas percepciones ofrecen una mirada crítica de los trabajadores hacia el sistema de salud en el que están insertos.

Por otro lado, reconocen que por parte de los pacientes existen condiciones –como la situación económica y la distancia entre su lugar de residencia y los hospitales– que actúan como barreras. Pero un aspecto importante, en el que los trabajadores pusieron el acento, fue en la dimensión cultural del paciente: criticaron las creencias, prácticas y valores que los sujetos tienen sobre su propia salud y que actúan como una barrera en el acceso inicial.

Dentro de este panorama general, un alto porcentaje de los profesionales entendió que los UD's no tienen mayores dificultades de acceso que los antes nombrados. Sin embargo, analizando el discurso de los entrevistados se puede observar que cuando se argumenta acerca del acceso inicial para los UD's, se produce una individualización del problema del acceso o la reducción del problema de accesibilidad a problemas del propio sujeto, mientras que las cuestiones de tipo organizacional, por ejemplo, no aparecen como una barrera importante.

Ambas argumentaciones están atravesadas por una representación centrada en el individuo, que en este caso es visto como alguien que consume drogas y presenta, asociado a la práctica de consumo, determinados comportamientos, creencias y hábitos que actúan como barrera o no le permiten al sujeto el “buen” uso de los servicios de salud.

CAPÍTULO 3

Indagación y registro sobre las prácticas de uso de drogas

La relación trabajador-paciente es un punto importante para comprender la manera en que los trabajadores reconocen a un UD o se hace visible el consumo de drogas durante el proceso de accesibilidad. Se indagó en tres niveles, el primero refiere a los modos en que los trabajadores se enteran que sus pacientes son usuarios de drogas; el segundo, la percepción general que tienen sobre el consumo de sus pacientes; y finalmente, los tipos de registros que utilizan.

3.1. Reconocimiento e indagación acerca del uso de drogas

Ante la pregunta: ¿Cómo suele enterarse de las prácticas de consumo de sus pacientes? la mayoría de los trabajadores (75% aproximadamente) dijo que se enteró de las prácticas de uso de drogas de sus pacientes en el marco de un diálogo. Sin embargo, las formas de indagar de los trabajadores son diversas. En principio, las maneras en que se establece la comunicación entre el UD y el trabajador de la salud pueden considerarse en función de sus características.

Indagatoria

Esta manera se refiere al acto de la pregunta directa que realiza el profesional a sus pacientes. Fue un relato muy común entre los trabajadores de la Guardia (15 de los 22 entrevistados), que en algunos casos fue combinada con la observación directa. Podría pensarse que esto se debe a la modalidad de trabajo en las Guardias, signadas por las urgencias y las respuestas rápidas que requieren las situaciones críticas. En ocasiones, la pregunta directa forma parte del registro convencional que se utiliza y en otros casos es parte de la *anamnesis*¹⁰ de una primera entrevista.

“Yo le pregunto ‘derecho viejo’ que usás, cómo te picás, cuándo fue la última vez que te diste, en qué forma.” (Médico Clínico, servicio de Guardia)

Espontánea

En muchos casos se informó que los pacientes UD's suelen hablar “espontáneamente” sobre sus prácticas de consumo, especialmente en los servicios donde la demanda del paciente está vinculada específicamente con el uso de drogas.

“Preguntamos o la cuentan. Tenemos una Historia Clínica personalizada. Tratamos de no hacerlo la primera vez por que el paciente se puede asustar pero más adelante, con el tiempo, la vamos llenando.” (Médico clínico, servicio de Adicciones)

¹⁰ El término *anamnesis* significa recolección o reminiscencia y en el ámbito de la salud se utiliza para referirse a la información que se les solicita a los pacientes en las entrevistas clínicas (datos personales, enfermedades previas, familiares, antecedentes familiares, etc.).

De confianza

Se refiere a los casos en que los trabajadores respondieron que suelen “esperar” un tiempo hasta que se establezca cierta “confianza”. Esto no es posible en la Guardias donde es poco probable que se presenten estas oportunidades ya que la relación trabajador-paciente es más acotada en el tiempo.

“Ellos lo cuentan. Utilizo un interrogatorio para que me cuenten, pero nunca pregunto en forma directa, busco un grado de empatía. Me entero en general en la segunda o tercera entrevista.” (Médico psiquiatra, servicio de Salud Mental)

Por información

Se refiere a la proporcionada por el entorno más cercano del paciente UD (ya sean familiares o parejas) o por otro profesional (generalmente, alguien que lo deriva). En este sentido se puede observar cómo puede influir la red del UD en la visibilización de la práctica de consumo del paciente.

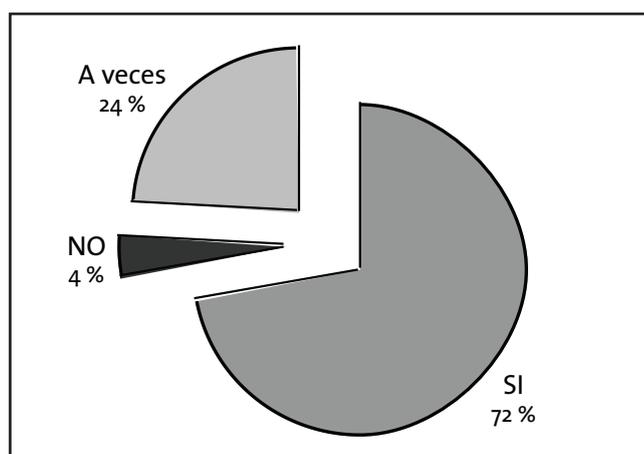
Finalmente, cabe destacar que algunas de las respuestas dieron indicios de que los trabajadores fueron adquiriendo nuevas formas de conocer y de indagar acerca de las prácticas de consumo, tratando de no presionar al paciente UD. Estos cambios estuvieron dados por la experiencia de trabajo.

“No hace falta preguntar, yo las conozco porque son partes de mi trabajo. La multiplicación año tras año de cuadros de HIV y hepatitis nos obligaron a ponernos al tanto, algo similar sucede con las prácticas sexuales.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

3.2. Conocimiento de los acompañantes de los UDs

Cuando se les preguntó a los trabajadores de la salud (N = 84) si los acompañantes de los pacientes UD saben o no que éstos utilizan drogas, el 72% contestó sí, el 24% dijo que a veces y sólo 4% dijo que no (Gráfico 4).

Gráfico 4. Conocimiento del uso de drogas por parte de la red cercana al UD



Al mismo tiempo, se describieron varias maneras en que la red inmediata del UD se enteraba de las prácticas de consumo. Una de ellas se refiere a cuando el UD llega acompañado al servicio por alguien de su entorno y se enteran allí: “Algunos se enteran recién en el hospital, tipo clase media que vienen con los padres y se enteran acá en la guardia”.

Ejemplos de respuestas a “El entorno sí sabe que usa drogas”

“Se lo cuentan a la médica.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Lo saben aunque muchas veces no lo digan.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Sí. Es raro eso que digan que no saben. Te das cuenta de cómo se comporta el otro.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“En su gran mayoría. Cuando más bajo es el estrato social, más común es que se sepa.” (Médico clínico, servicio de Infectología)

Ejemplos de respuestas a “El entorno a veces sabe que usa drogas”

“A veces sí, según el `estadío` Sí, cuando ya están muy mal, ya no hay dudas. A veces niegan. Son temas que no hablan.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Los que vienen con la familia, sí saben.” (Médico clínico, servicio de Salud Mental)

“A veces. Cuando son más grandes de edad (tipo 30) y los más chicos (menor de 17).” (Médico clínico, servicio de Infectología)

El uso de drogas es percibido por los trabajadores como una práctica que no se puede ocultar, ni ante el que trata al UD ni al entorno. Al mismo tiempo, algunos comparan la visibilidad con el diagnóstico de VIH, que sí se suele ocultar.

“Sí. Es muy evidente como para no saber.” (Trabajadora social, Servicio Social).

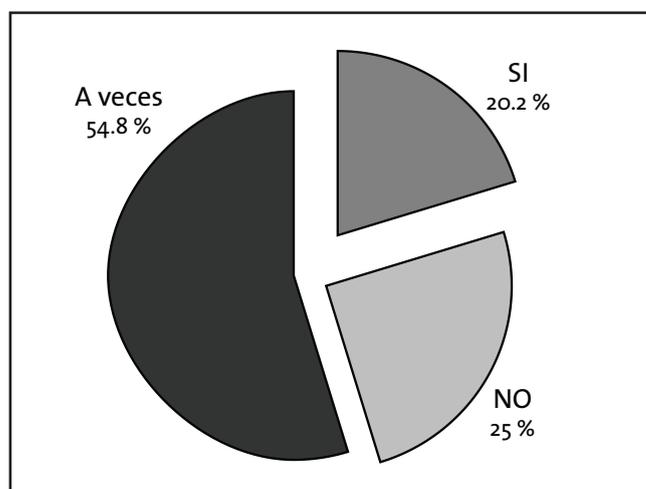
“Es difícil ocultar el consumo de drogas, pero lo que sí a veces no cuentan es que tienen HIV.” (Trabajadora social, Servicio Social).

“En general sí, saben que son UDs, pero a veces no VIH.” (Psicóloga, servicio de Infectología).

Con respecto a la concurrencia de los pacientes UDs en compañía de familiares y amigos, sólo el 20,2% de los trabajadores entrevistados indicó que los UDs iban acompañados a las consultas, un 54,8% dijo que a veces y el restante 25% dijo que iban solos (Gráfico 5).

Por otra parte, quienes señalaron que los UDs vienen acompañados marcaron que esta circunstancia varía según la edad, la situación legal o si se trata de alguna emergencia. Los adolescentes, por ejemplo, suelen ir acompañados por sus familiares (madres o hermanos). Las parejas de los UDs también suelen acompañarlos. Pero cuando señalan que van acompañados también refieren a una compañía no familiar, como por ejemplo trabajadores sociales, agentes de la justicia y en el caso de las guardias, llegan llevados por la ambulancia en casos de urgencia.

Gráfico 5. Compañía de familiares o amigos a las consultas



Ejemplos de respuestas a “Sí llegan acompañados por familiares o amigos”

“Sí. La mayoría por su familia (madre, hermanos, pareja).” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“De a dos, pareja principal. O familia, si los ve muy ansiosos o deteriorados.” (Médico clínico, servicio de Guardia)

“Pero por trabajadores sociales, padres: muy pocas veces.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

Respuestas a “No llegan acompañados por familiares o amigos”

“Si es necesario los convocamos nosotros. Pero vienen solos, entre comillas, porque vienen desde la justicia. Vienen con la novia, porque los adictos tienen parejas no adictas.” (Psicóloga, servicio de Adicciones)

“Por lo general llegan en ambulancia, los trae la ambulancia. Algunos vienen solos que ya nos conocen porque están en tratamiento en el hospital.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

Respuestas a “A veces llegan acompañados por familiares o amigos”

“Los más jóvenes vienen con sus madres.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Depende, algunos sí y otros no. Cuando son adolescentes vienen con la familia.” (Médico clínico, servicio de Salud Mental)

“En general solos el 80 % y 20% acompañados.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

3.3. Percepción que tienen los trabajadores acerca del consumo de sus pacientes

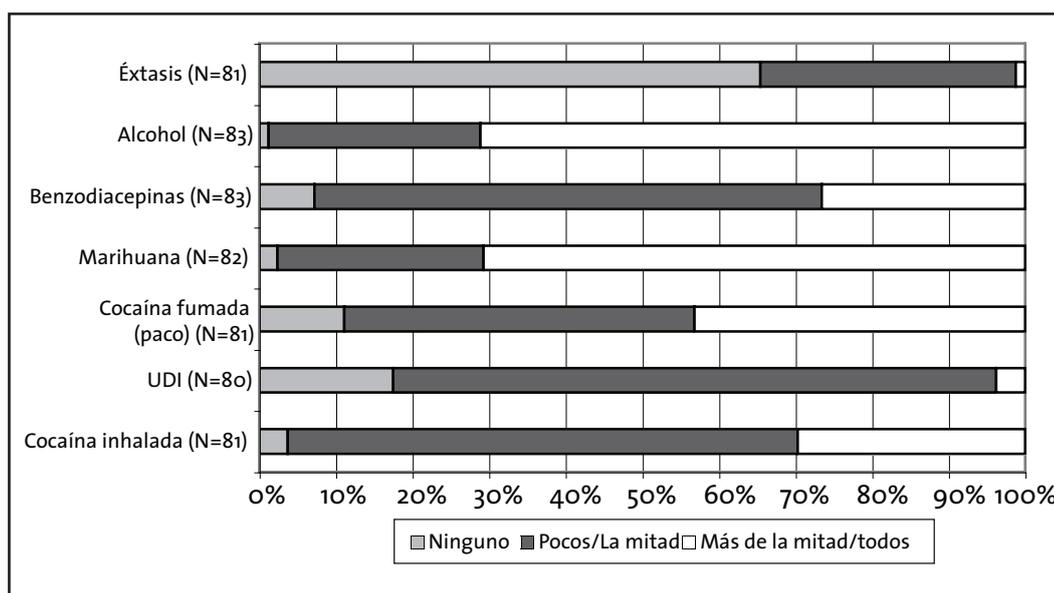
En el marco de la interacción antes descrita se quiso conocer cuáles eran las principales prácticas y sustancias de consumo que los profesionales percibían en sus pacientes. Según los entrevistados las **sustancias más consumidas** entre sus pacientes son el alcohol, la cannabis y la pasta base de cocaína (PBC) fumada o “paco” (Gráfico 6).

El alcohol y la cannabis fueron descriptas en un 70%, aproximadamente, del total de respuestas como las drogas consumidas por más de la mitad o todos los pacientes UD. En el caso de la PBC fumada, o “paco”, alrededor del 45% de las respuestas indicaron que más de la mitad o todos los pacientes UD la consumían.

En segundo lugar, se percibió como un uso frecuente la cocaína inhalada y el consumo de benzodiacepinas. Casi el 30% de los casos respondió que más de la mitad y todos sus pacientes UD realizaban este tipo de consumos.

Los consumos menos frecuentes entre los pacientes UD que se atienden en los servicios consultados era el uso por vía inyectable¹¹ (un 73,8% de los trabajadores respondió que tienen pocos pacientes UDIs) y el consumo de éxtasis (65,4% dijo que ninguno).

Gráfico 6. Percepción de los trabajadores de la salud acerca del consumo de drogas de sus pacientes



Entre las otras drogas mencionadas que consumían sus pacientes en menor medida, apareció el pegamento, seguido de los alucinógenos naturales (ej., té de floripondio) y la ketamina, también el ácido lisérgico (LSD) y opiáceos (heroína y morfina). También se informó el consumo de nafta y kerosén, popper y GHB (gamma hidroxibutirato, depresor del sistema nervioso conocido como “éxtasis líquido”, aunque químicamente no tiene relación con el éxtasis). Sólo algunos trabajadores nombraron el consumo de tabaco.

¹¹ La pregunta refería al uso inyectable de cocaína y otras sustancias.

Entre las vías de consumo de drogas nombradas por los trabajadores, según lo que refieren sus pacientes UD, encontramos la práctica de fumar (cannabis y paco), inhalar (básicamente cocaína y un solo caso de pegamento), beber (mayormente alcohol y un par de casos que nombraron té de floripondio), uso inyectable, tomar pastillas (en general psicofármacos) y algunos casos de éxtasis.

La práctica de consumo grupal apareció en primer lugar, aunque también es importante la percepción de formas de consumo individual. La práctica grupal se percibió de distintas maneras según el tipo de consumo y sustancia, al igual que el ámbito de consumo, que en su mayoría se describieron como situaciones en espacios públicos o abiertos, antes que privados. Si bien se percibió a la práctica de fumar, ya sea cannabis o pasta base de cocaína, como una práctica grupal también hubo casos en los que fumar pasta base de cocaína apareció como una práctica individual. En este sentido, la pregunta formulada fue: "¿Qué prácticas relacionadas con el uso de drogas suelen referir sus pacientes?"

"Juntarse con amigos a fumar marihuana o tomar alcohol (los adolescentes). No es en soledad." (Psicóloga, servicio de Salud Mental)

"El consumo de éxtasis sí es grupal (en fiestas)." (Médica clínica, servicio de Guardia)

"La mayoría hablan de consumo grupal fumando paco." (Trabajadora social, Servicio Social)

"El paco lo consumen más solos, no hay una comunidad de consumir paco. Más se lo ve eso con la marihuana o la cocaína." (Psicóloga, servicio de Guardia)

Los trabajadores describen los contextos, es decir los lugares y los momentos, en donde se dan las prácticas de consumo. Estos son muy diversos y heterogéneos y se vinculan con el tipo de sustancia y con que la práctica sea individual o grupal.

"En la bailantas juntan todos los 'fondos' que quedan en una jarra y se toman todo. Muchas veces esto lo hace el barman." (Trabajadora social, Servicio Social)

"Consumen en fiestas sexuales. Consumen en el boliche, salen de allí y agregan alcohol o benzodiazepinas." (Médica clínica, servicio de Guardia)

"Los pacientes relatan sus 'salidas de gira' (de dos o tres días drogados, sin recordar mucho, por ejemplo con quiénes tienen relaciones sexuales)." (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

Casi la totalidad (94% de N=83) de los trabajadores manifestaron que sus pacientes UD suelen tener vínculos con otros UD. Las redes más referidas fueron las de conocidos, amigos y parejas.

"En general con amigos, con parejas. Es poco frecuente que se inicie y se drogue solo." (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

"En general los vínculos en torno a la droga son con amistades, los vínculos reales están debilitados por la adicción." (Médico clínico, servicio de Guardia)

"Sí. Pacientes míos que son amigos/conocidos entre sí. Muchos participan en Narcóticos Anónimos. Son pocos los que viven solitariamente." (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

La representación que "el UD siempre está con otros" o que "muy pocos se drogan solos", apareció como uno de los argumentos más recurrentes, asociado a la idea que los usuarios de drogas "son un club" o "son pares en la droga". Algunas respuestas refieren que en la red familiar también hay usuarios: "Cuentan con consumidores dentro de los mismos grupos familiares"; "A veces son familias enteras las que consumen".

Finalmente, otra observación importante que surgió de los relatos de los trabajadores, es el cambio en ciertas prácticas de consumo. Básicamente, uno de los relatos frecuentes fue que el uso inyectable descendió ("se ve menos"), y que la práctica de fumar pasta base de cocaína aumentó.

"Los pibes que fuman paco están en situación de calle, consiguen paco en la villa donde consumen también. Comparten la pipa. Las descripciones de los usuarios de drogas grandes es que el paco es una porquería, pero los jóvenes no perciben eso, siguen consumiendo." (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

"Para picarse hay que tener plata. No hay muchos que se inyecten. Más que nada es inhalada y sobretodo el paco está causando estragos. Por lo barato, aunque tenés de 5 y también tenés de 15." (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

"Mi percepción es que se inyectan menos y que fuman más paco. Mucho alcohol." (Médico infectólogo, servicio de Infectología).

3.4. Uso y tipo de registro

Como se dijo, los trabajadores tienen varias formas de comunicación con sus pacientes y de una manera u otra llegan al conocimiento acerca de sus prácticas de uso de drogas. De los 75 trabajadores (89,3% del total) que dijo utilizar registros estandarizados, casi la mitad utiliza más de un tipo de registro. Los más nombrados fueron: historia clínica, historia social, libro de guardia y planillas estadísticas. También se mencionaron el uso de algún tipo de fichas para “casos especiales”, bases de datos y registros propios.

En general, los tipos de registro difieren según el servicio. Por ejemplo, los de Infectología utilizan más la historia clínica, la Guardia el libro de guardia y el Servicio Social la historia social. Sin embargo, muchos trabajadores utilizaban de manera combinada más de un instrumento.

Otro tipo de herramientas mencionadas frecuentemente (excepto por la Guardia), es una planilla para llevar un registro estadístico y, en algunos casos, bases de datos informatizadas con la historia de los pacientes y datos de tipo estadístico.

Hubo un grupo de respuestas más heterogéneas sobre el tipo de registro que fueron categorizadas como “fichas especiales”, utilizadas, por ejemplo, para casos de VIH o hepatitis, y en un sólo caso registro de protocolos de investigaciones científicas. El uso de más de un tipo de registro estandarizado podría deberse a la combinación de registros de uso institucional y personales. Esto también se vincula con que algunos profesionales trabajaban en más de un servicio. Con respecto a los soportes reconocieron el papel y el digitalizado.

Finalmente, es importante señalar que, a pesar de la amplia información a la que acceden los trabajadores en la comunicación con sus pacientes UD, existen ciertos eventos o relatos que los profesionales no dejan registrados, ya sea para no generar complicaciones legales a sus pacientes o, por el principio de confidencialidad, para preservar su intimidad.

CAPÍTULO 4

Acceso ampliado y problemas de continuidad

Al considerar los problemas de acceso a los servicios de salud por parte de la población, es importante tener en cuenta la continuidad y el seguimiento en los procesos de salud-enfermedad-atención. Por ello, en este capítulo se tratará específicamente la accesibilidad ampliada, abordando los problemas vinculados a la continuidad en el tiempo de las consultas pautadas y los tratamientos.

En el marco de la accesibilidad ampliada, se presentan en primer lugar las percepciones de los trabajadores de la salud sobre la frecuencia con que los UD's empiezan y abandonan los tratamientos y el grado de cumplimiento de las indicaciones. A continuación, se ofrecen los resultados a una pregunta abierta acerca de los motivos por los que los trabajadores de la salud consideran que los UD's no concurren a las consultas pautadas. Finalmente, con relación al regreso de los UD's a los servicios de salud luego de haber interrumpido un tratamiento, se describen las percepciones y estrategias que implementan los trabajadores de la salud en esas situaciones y cuáles son sus sentimientos relacionados con ellas.

4.1. El proceso de accesibilidad ampliada para los usuarios de drogas

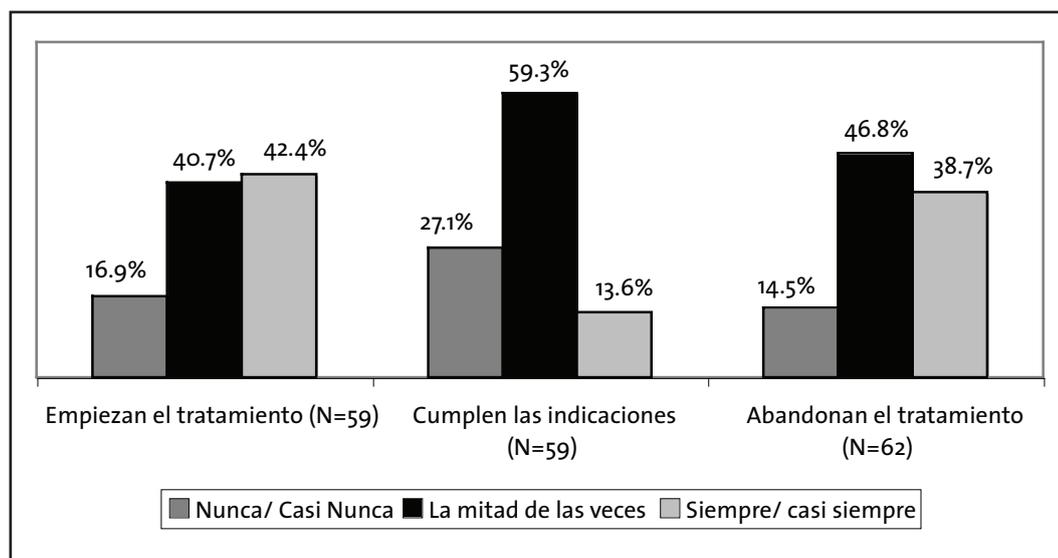
Se indagó a los trabajadores de la salud sobre la frecuencia con la que sus pacientes UD's comenzaban los tratamientos, los abandonaban y, también, con la que cumplían con las indicaciones (Gráfico 7). Con tres preguntas se averiguó la frecuencia del cumplimiento de los procesos terapéuticos, especificando el cumplimiento de las indicaciones dadas por los trabajadores de la salud como una dimensión del proceso.

Es importante destacar que se consideraron sólo las respuestas de los trabajadores que pertenecían a los servicios de Salud Mental, Infectología, Servicio Social y Adicciones (N = 59) porque dadas las características del servicio de Guardia, no hay en él citas para nuevas consultas ni se define un proceso de tratamiento.

En primer lugar, el 42,4% de los trabajadores indicó que sus pacientes UD's comenzaban siempre o casi siempre con los tratamientos mientras que el 40,7% respondió que lo hacían sólo la mitad de las veces. Esto indica que habría una alta proporción de pacientes UD's que vuelven a acudir a los servicios de salud luego de la consulta inicial. A pesar de ello, el 86,4% de los entrevistados expresó que cumplían las indicaciones la mitad de las veces (59,3%) o nunca o casi nunca (27,1%).

Finalmente, a pesar de que los trabajadores respondieron que los UD's comienzan los tratamientos, la percepción del abandono de éstos fue muy generalizada: el 38,7% de los trabajadores respondió que lo abandonan siempre o casi siempre y el 46,8% dijo que sucedía la mitad de las veces.

Gráfico 7. Percepción de los trabajadores acerca de la frecuencia con la que los pacientes UD empiezan el tratamiento, lo abandonan y cumplen con las indicaciones



4.2. Motivos para la no concurrencia a las consultas pautadas

Otra dimensión del proceso de accesibilidad ampliada que se indagó fue la no concurrencia de los UD a las consultas pautadas. Respecto a esto fueron consultados los trabajadores de la salud, quienes respondieron acerca de los principales motivos que percibían. Cabe aclarar que este punto está centrado solamente en la inasistencia a las consultas acordadas, independientemente del abandono o no del tratamiento o el cumplimiento de las indicaciones. Estas indicaciones pueden consistir, por ejemplo, en la toma de un medicamento, la realización de estudios de tipo radiológico o en recomendaciones y prescripciones respecto a los cuidados de la salud que implican distintos niveles de regulación de la vida cotidiana.

En principio, casi la mitad de los entrevistados (46,6%) respondió que sí conocían los motivos de las ausencias y un tercio (29,3%) dijo que más de la mitad de las veces o siempre los desconocían. Entre los motivos hubo un amplio espectro de respuestas que se pueden clasificar, según la diferenciación que hicieron los propios entrevistados, en tres grandes dimensiones: la primera refiere a los motivos relacionados con el paciente UD, la segunda con aquellas respuestas que mencionaron problemas de adherencia con el tratamiento y en la relación paciente-trabajador, y, finalmente, con motivos relacionados con los servicios hospitalarios.

4.2.1. Motivos relacionados con los pacientes UD

Se mencionaron principalmente barreras culturales (prácticas, hábitos, creencias y valoraciones de los UD) entre las que se destacan los comportamientos relacionados con la práctica de consumo de drogas. Otros motivos mencionados fueron las situaciones laborales y los problemas con las redes cercanas (familiares, pareja, amigos). Por último, se refirieron motivos incluidos en barreras económicas y geográficas (Tabla 8).

Se puede observar, en función de la distribución de las respuestas, que la mayoría de las dadas por los trabajadores adjudican los motivos de la interrupción a aspectos culturales que residen básicamente en el sujeto y refieren a las prácticas y las valoraciones de los pacientes acerca de su salud. Este tipo de argumentación se presenta como la principal barrera para los UD.

Otra barrera similar a la anterior, es decir, que corresponde a la dimensión cultural del sujeto, relaciona las dificultades de acceso con el consumo de drogas o a su efecto. Estas interpretaciones ponen de manifiesto las representaciones sociales de los trabajadores sobre los UD, argumentando que la barrera de acceso de tipo cultural se relacionaba con “el estilo de vida” del sujeto, la no preocupación por su salud y/o el “olvido” de las citas pautadas aduciendo, por ejemplo, que no concurrían a las consultas “por estar drogados”.

Tabla 8. Motivos de no concurrencia a las consultas relacionados con los pacientes UD

Barreras	Ejemplos de respuestas	Cantidad de respuestas
Culturales (valores, creencias, hábitos)	No asociado explícitamente al consumo de drogas “No les interesa su vida.” “Se olvidan, no lo priorizan.” “Propia personalidad.” “Quedarse dormidos / olvidarse.” “No tenía ganas de venir.” “Insatisfacción (esperan una solución mágica).” “Se ven bien y dejan de venir.”	38
	Adjudicados explícitamente al consumo de drogas “Está mal, drogado.” “Continúan consumiendo y dejan de venir.” “Porque se dio con todo.” “Están consumiendo y les da vergüenza decirlo.” “La propia adicción.” “Se borran porque se meten en el consumo.”	24
Económicas	“Dinero para llegar del GBA.” “Económico social, como contexto.” “No tienen plata para el colectivo.”	25
Situaciones laborales	“Consiguen trabajo.” “Problemas laborales.” “Consiguió trabajo/horarios turno.”	16
Redes familiares	“Situación de vida cotidiana que les impide ir.” “Problemas familiares.” “Falta contención familiar para seguimiento.” “Tienen que cumplir una función en su casa.”	10
Geográficas	“Problemas de traslado.”	2

Otra barrera de acceso que los trabajadores señalaron fueron situaciones laborales de los pacientes UD, que vincularon las dificultades horarias para asistir a las consultas pautadas con la superposición entre el horario del trabajo de los pacientes y el horario ofrecido por el hospital. Cabe recordar que cuando los trabajadores se refirieron a las dificultades de acceso de los pacientes en general, mencionaron que la falta de turnos y disponibilidad horaria del hospital era una de las principales barreras. Pero en esta etapa del proceso de accesibilidad y en referencia a los pacientes UD, esta situación de incompatibilidad horaria fue planteada como un problema de los pacientes y no se registró 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.

Otro conjunto de problemas de acceso fueron los vinculados a la vida cotidiana, las actividades domésticas, o “problemas familiares” que impiden que los UD asistan a los servicios de salud en los horarios disponibles. Nuevamente el problema de la incompatibilidad de horarios no fue leído como un problema del sistema de salud, sino como un problema singular de los pacientes que no podían adaptarse a la oferta.

Finalmente, las barreras de acceso de tipo económico, al igual que con los pacientes en general, fueron reconocidas por los trabajadores como una importante dificultad en el proceso de accesibilidad. En cambio, esto no sucede con la barrera geográfica que fue percibida como un problema importante para el acceso inicial al hospital en los pacientes en general, pero casi no fue referida para los UD.

4.2.2. Motivos relacionados con la relación trabajador-paciente y los tratamientos

Bajo esta clasificación se engloban las respuestas que refirieron a problemas en la relación paciente-trabajador y con el tratamiento en sí mismo. Una percepción que se presentó con frecuencia fue el problema que tienen los pacientes UD en relación con el tratamiento, expresado como “poca adherencia”, “falta de enganche” o “resistencia”. Y, en menor medida, los encuestados indicaron que por problemas en la relación trabajador paciente, los UD dejaban de concurrir a los servicios. Estos problemas refirieron a la “comunicación”, a la “empatía” o la “confianza” que se establece en la relación entre ambos (Tabla 9).

Tabla 9. Motivos de no concurrencia a las consultas relacionados con la relación trabajador-paciente y con los tratamientos

Barreras	Ejemplos de las respuestas	Cantidad de respuestas
Problemas con los tratamientos en sí mismos	“Poco enganche o convicción para el tratamiento.” “Poca adherencia al tratamiento.” “No quieren hacer tratamiento.” “No ven resultados inmediatos.” “Por su problemática particular no engancha con el tratamiento.”	22
Problemas en la relación trabajador paciente	“Temor a enfrentar/decir que dejó la medicación.” “No <i>rapport</i> con el profesional que lo atendió.”	6

El problema que perciben los trabajadores de la salud puede estar radicado en las resistencias de los sujetos a la relación de poder que se establece entre el trabajador y el paciente (el paciente percibe que el médico ejerce un poder sobre él y no seguir el tratamiento es una forma de resistirse a esa relación; por el contrario, cuando el paciente se pone en las manos del médico, acepta todo de él), o se debe a la poca confianza que le genera el trabajador al paciente. Como explica Bialik, 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.

Como explica la autora, quien mide 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).

4.2.3. Motivos relacionados con el hospital

Estos incluyeron barreras organizacionales (aspectos burocráticos y administrativos) y de atención hospitalaria. Se observó que las respuestas relacionadas con barreras de tipo organizacional (turnos, horarios y espera) y de atención hospitalaria (servicio inadecuado o sistema expulsivo) fueron pocas. En el caso de los UD, los trabajadores percibieron que los problemas propios del hospital tienen poca influencia en la no concurrencia a las consultas pautadas o al tratamiento (Tabla 10).

4.2.4. Síntesis

En esta etapa del estudio referido al proceso de accesibilidad se observó que, para los trabajadores de la salud, las barreras de acceso surgen principalmente de las costumbres, hábitos, creencias y prácticas del sujeto. La dimensión cultural fue definida a partir de una práctica en particular que es el consumo

de drogas, la cual se naturaliza como una forma de ser o estilo de vida del sujeto y constituye una barrera para que los UD's sostengan en el tiempo la relación con el tratamiento o las consultas pautadas. Esto demuestra con mayor contundencia la tendencia de los trabajadores de la salud a individualizar o reducir al individuo los problemas de accesibilidad. Así, las barreras organizacionales, por ejemplo, parecen dejar de ser un problema importante. Aunque, por otro lado, no deja de tener relevancia la barrera económica (principalmente aquella que impide sostener los costos de transporte) y aparece una nueva dimensión que surge cuando los UD's consiguen trabajos pero, como consecuencia de esto, los horarios laborales son incompatibles con la oferta horaria del hospital.

Tabla 10. Motivos de no concurrencia a las consultas relacionados con el hospital

Barreras	Ejemplos de las respuestas	Cantidad de respuestas
Organizacional	“Esperar (pero cuesta con adictos).” “Turnos: falta a largo plazo.” “Horarios de atención.”	4
Atención hospitalaria	“Falta de recursos del hospital.” “Indirectamente por el mismo sistema.”	3

4.3. Motivos por los cuales los UD's “regresan” al tratamiento

La percepción predominante de los trabajadores de la salud acerca de los motivos por los cuales los UD's retoman los tratamientos es la relacionada a una idea de malestar-enfermedad-crisis que es vivida como situación límite. La pregunta formulada fue: “¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que los UD's retoman los tratamientos?”

“Porque llegaron a una situación límite de todo punto de vista, no sólo físico.” (Médico psicoanalista, Salud Mental)

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 (Tabla 11). Estas crisis pueden verse agudizadas por una situación de urgencia, “accidentes, peleas, acontecimientos drásticos”, “por peleas, por accidentes y terminar hospitalizados”. La figura que mejor representó ese punto de inflexión que hace que los UD's retomen el tratamiento fue la del shock. Esta figura remite a un susto, “se asustan por algún cuadro severo” o “a veces la muerte de un amigo”, o lo relacionan a sentimientos (que en algún momento los UD's sintieron) de temor, miedo a enfermar o a morir.

“Como te decía, supongo que la reaparición de síntomas que los asusta. El temor parece ser la entrada principal por lo que toman conciencia de su problema.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“La mayoría cuando están mal clínicamente dicen ‘ahora me asusté’, ‘ahora me voy a poner las pilas’. El sufrimiento de la familia no los moviliza. También cuando sienten que pueden perder algo, por ejemplo, la tenencia de los hijos para las madres.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Por miedo a enfermar. Miedo a morir. Porque se sienten mal, porque se les habla y llega un momento en que comprenden el beneficio de la atención y lo aceptan, tienen que estar muy jugados para eso.” (Trabajadora social, Servicio Social)

Otros motivos de reingreso a los tratamientos referidos por los trabajadores fueron la vía judicial o las derivaciones de otros servicios o instituciones de salud.

“Por insistencia desde el servicio de Trabajo Social o de un familiar...” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Porque reestablece una pareja, perdió una pareja o relación, se lo indica el juez, instancia judicial.” (Médico psiquiatra, Salud Mental)

“Cuando están en un programa de recuperación. Vienen con el acompañante del programa.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

Tabla 11. Tipos de “malestar” que indican crisis en los UD.

Síntomas físicos	Síntomas psíquicos
“Porque se sienten mal... pérdida de peso, por lo general llegan por otro lado, el tema del HIV.” “Por manifestaciones agudas, por malestar.” “Otra posibilidad es que los obligue una patología a veces provocada por la droga, por ejemplo el HIV.” “Por empeoramiento (muchas veces después de haber dejado el tratamiento por haberse sentido mejor).”	“Por sentir que no pueden controlar la adicción.” “Displacer en el consumo.” “Por episodios importantes de tocar fondo”. “Cuando se sienten mal, tanto desde el punto de vista clínico como anímico.” “Padecimiento subjetivo (angustia, depresión).”

Como se señaló anteriormente, los trabajadores refirieron a la figura del shock como ese punto límite al que llegan los UD. 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. Describieron situaciones que fueron vividas como momentos críticos 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.

“A veces la muerte de un amigo, el nacimiento del hijo, quedar embarazada (las chicas).” (Trabajadora social, Servicio Social).

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 que podríamos llamar de disparadores críticos de las situaciones que llevan a los UD a retomar el tratamiento. Por un lado, ayudan a percibir la alarma y por otro presionan o motivan a los UD para retomar un tratamiento. Sumado a esto, los trabajadores identificaron funciones de contención y de apoyo en la red familiar. Asimismo, ciertas crisis en la red también pueden disparar la necesidad o la reiteración de la demanda de atención (Tabla 12).

Tabla 12. Influencia de las redes de los UD para retomar el tratamiento

Crisis (-)	Apoyo (+)
“Problemas de vínculos `no da para más con la gente que vive´ o que no le da más a él o a la gente con la que vive.” “Por pérdidas (de trabajo, familia, estatus, salud, etc.)” “Para recuperar algo perdido, desde lo afectivo, como hijos, pareja o familia.” “Por que le pasó algo con otros que los `bajonea´.” ¹²	“El nacimiento del hijo, quedar embarazada (las chicas).” “Una particularidad repetida son los hombres que retoman el tratamiento al ponerse en pareja.” “Cuestiones familiares: apoyo de la familia que lo acompaña o lo trae de vuelta, lo compromete con el tratamiento.” “Porque alguien le pone un límite fuerte.”

Un punto que se considera importante en la descripción de la situación límite es el impacto que tienen ciertas circunstancias en su red de pares. Esto es, cuando la crisis se produce a partir de “la muerte de un amigo”, se “asustan” por “la muerte de algún congénere adicto”, “por susto, por fallecimiento de un conocido, por HIV/sida”.

¹² El término “bajonea” se refiere a una sensación de melancolía, tristeza o depresión.

Aunque el conjunto de las respuestas que se analizaron hasta el momento refirieron que los momentos negativos en la vida de los UD's motivaban el regreso al tratamiento, también se expresó en varios casos que los UD's buscaban "rescatarse" o "toman conciencia" de su salud. Es decir que hubo trabajadores que percibieron que los UD's regresan porque buscan dejar de consumir. Algunas respuestas en este sentido refieren que los UD's regresan "cuando pudieron salir del bajón y hay recuperación anímica", "por una toma de conciencia sobre su salud", "porque dejan las drogas o bajan el consumo y toman conciencia".

Esta percepción no es ajena a los relatos de los propios UD's entrevistados de anteriores estudios, en los cuales ellos mismos consideraban que la práctica de consumo de drogas era interrumpida por sucesos críticos en su propia vida. En el estudio realizado en el marco de la segunda fase del Proyecto Regional (Rossi y Rangugni, 2004), se entrevistó a 140 personas que estaban usando drogas por vía inyectable. Del 66,4% que había interrumpido alguna vez el uso de drogas, la mayoría atribuía la interrupción a condiciones sociales (cambio de trabajo o falta de dinero), vinculares (cambio de grupo o ambiente) o algún evento que implicó un cambio en su vida o pasaje a otra etapa (nacimiento de un hijo, nueva pareja, muerte de alguien cercano). También referían la sensación "de haber llegado o pasado un límite de deterioro biológico y/o anímico por lo que buscaban el auto cuidado" o de lograr un mayor "control" sobre sí mismos (Rossi y Rangugni, 2004: 101).

Del mismo modo, en otro estudio de tipo exploratorio con usuarios de pasta base de cocaína, casi la totalidad de los sujetos refirió haber intentado alguna vez dejar de usar drogas y aludió tanto a los sucesos críticos de su vida como a la función que la red cercana tuvo en esa decisión. Los motivos tienen "un origen subjetivo, por un lado, buscando acotar o limitar usos que consideran excesivos, y por otro, en pos de otros fines cuyo cumplimiento requiere cierto abandono o regulación del consumo de drogas. Otra serie de motivos son más ajenos al sujeto, como la presión de la pareja o, en los de menor edad, por presión de los padres o de otros adultos de la familia" (Touzé, 2006: 137).

Surge aquí una observación importante sobre la práctica del consumo de drogas y que los trabajadores pudieron percibir: para los UD's, el consumo es una práctica discontinua y cíclica, que se modifica en el transcurso de la vida.

"En los usuarios de drogas lo habitual es que dejen, retornen, dejen, retornen, los tratamientos." (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

Los testimonios muestran la complejidad de motivaciones que intervienen en el acercamiento o la distancia a 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 estos momentos de crisis de los usuarios de drogas.

4.4. Estrategias de los trabajadores de la salud cuando los UD's retoman los tratamientos

El problema de la discontinuidad en los procesos de salud-enfermedad-atención es entendido por algunos entrevistados como una característica aún más acentuada y específica de los UD's. En otros términos, es frecuente encontrar en el campo y la bibliografía de la clínica de las adicciones la referencia a las recaídas de los UD's en el consumo. Por lo tanto, se indagó cómo los trabajadores entrevistados conciben las interrupciones, los retornos a los tratamientos y las estrategias que implementan. Éstos reconocieron que las interrupciones y los retornos al tratamiento forman parte del trabajo con UD's. La pregunta formulada fue: "Cuando los UD's retoman los tratamientos, ¿cómo maneja las situaciones?"

"Como te decía antes, es algo con lo que tenés que lidiar, se sabe que son inconstantes los adictos, hay que ver que podés hacer con eso." (Médico clínico, servicio de Salud Mental)

"Es parte del trabajo, está incorporado a la idea del trabajo, la interrupción." (Médica psicoanalista, servicio de Salud Mental)

Las maneras en que los trabajadores “manejan” esas situaciones involucran tanto iniciativas personales como ciertos procedimientos establecidos por la práctica profesional. Si se analizan estas prácticas en relación con las percepciones que los trabajadores tienen acerca de la interrupción y el retorno a los tratamientos, se puede interpretar mejor el sentido que estas estrategias tienen para los trabajadores.

En primer lugar, en las respuestas de los trabajadores se observó una tendencia que hace referencia a la idea de oportunidad –expresada en la frase “volver a empezar”– en el retorno de los pacientes a los tratamientos. Dentro de esta tendencia, se distinguen por lo menos dos estrategias distintas. La primera consiste en considerar a los UD's como pacientes nuevos, con lo cual se comienza un nuevo tratamiento como si nada hubiese pasado, y la otra en retomar el tratamiento en el punto en que se interrumpió y trabajar sobre los altibajos contemplando las discontinuidades en la historia del paciente.

“Varía según el caso. Le preguntás cuál será la diferencia esta vez en relación a los tratamientos anteriores.

Los UD's suelen decir: ‘esta vez me di cuenta que ya perdí muchas cosas, parejas, laburo, y quiero volver al tratamiento’ o ‘me di cuenta que ya no lo puedo manejar’.” (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

“Piense lo que piense, no digo nada. Son un paciente nuevo más.” (Médico clínico, Infectología)

“Nosotros consideramos que están en otro momento del proceso, siempre que alguien vuelve. Comenzamos trabajando con lo que les dejó lo anterior, el proceso previo de antes de dejar el programa.” (Psicóloga, servicio de Salud Mental)

“Retorna el tratamiento como sin nada y al tiempo lo trabajo con el paciente, por qué dejó, por qué volvió, etc., para que no se repita. No les doy un sermón para que no haya otra deserción.” (Trabajadora social, Servicio Social)

Considerando ambas estrategias, el retorno como un punto de partida y la reflexión acerca de la interrupción, se identificaron diferentes maneras de orientar la intervención: la escucha (“recibiéndolos afectuosamente y escuchándolos”), el acompañamiento, no presionar al paciente (“evitar sumar presión e incomodidades”), trabajar las discontinuidades para prevenir que se repitan.

Entre los trabajadores de Salud Mental se identificó con mayor frecuencia un tipo de intervención vinculada con el análisis de los motivos que llevan a dejar y retomar el tratamiento. Por último, algunos trabajadores respondieron que buscaban que los pacientes UD's “tomen conciencia” de la importancia del tratamiento y de los aspectos negativos de su interrupción (Tabla 13). Cuando esto no sucede, los trabajadores manifestaron que lo mejor era buscar la derivación a otros profesionales, servicios o instituciones.

Las estrategias no siempre refieren a iniciativas individuales de los trabajadores, sino que forman parte de procedimientos estandarizados como la “readmisión” en los servicios de Salud Mental y Adicciones. En el caso del servicio de Infectología, por ejemplo, se derivaba al servicio de Salud Mental o Servicio Social para fortalecer la adherencia. A modo de ejemplo de estos procedimientos institucionales se seleccionaron algunas respuestas.

“Le vuelvo a dar el espacio. Escucho qué fue lo que pasó. Se intenta entablar un encuadre para poder trabajar de nuevo. Si ves que no le sirve el tratamiento ambulatorio, lo derivás.” (Psicóloga, servicio Adicciones).

“Hay un problema muchas veces con la readmisión: ¿vuelve con el mismo profesional, o con otro? Esto creo que no está bien organizado, saber en qué casos sería bueno volver con el mismo o con otro.” (Médica clínica, servicio de Adicciones).

En las respuestas de los trabajadores también se pudo advertir que hay momentos o situaciones en que no es posible continuar el tratamiento, ya que la interrupción y el retorno continuo se tornan en barreras que obstaculizan el tratamiento.

“Depende del caso. Si discontinúa frecuentemente, se ponen pautas claras y se le dice que así no se puede atender.” (Psicóloga, servicio Salud Mental)

4.4.1. Impresiones de los trabajadores ante las interrupciones

Además de consultar sobre los procedimientos y estrategias se indagó acerca de los sentimientos que les provocan las situaciones de interrupción o abandono de los pacientes UD's. La mayoría de las respuestas (a la pregunta “¿Cómo se siente usted ante la interrupción o incumplimiento

del tratamiento?”) indican que estas situaciones suelen provocarles un malestar asociado a sentimientos de frustración, impotencia y pena.

“A veces dolor, a veces bronca. Varía según el caso y la relación con cada paciente.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Frustrada. Ponemos en juego muchas cosas y te encontrás con un sistema que no responde. Muchos relatos de desesperanza, ideas de muerte y no podés dar respuesta inmediata. Hay mucha angustia.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Me genera mucha impotencia porque sé la eficacia de lo que uno puede ofrecer. Sé que pueden salir adelante. Igual entiendo lo que les pasa, su patología, pero a veces me frustró, esto es un 50% y un 50%. Si alguno de los dos falla, falla todo.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología).

“Estoy acostumbrada, si el paciente viene laburando¹³ bien o avanzando, me da pena.” (Psicóloga, servicio de Adicciones)

Tabla 13. Ejemplos de respuestas más frecuentes de acuerdo a la estrategia

Estrategias	Ejemplo de respuestas
Escuchar y/o acompañar	<p>“Los escucho. Intento acompañarlos en este proceso sabiendo que su no venir también es parte del proceso. No es lineal, hay complejidad en la situación de un paciente UD.”</p> <p>“Es un momento interesante, como oportunidad para trabajar con el paciente.”</p> <p>“Escuchando, ya que es cuando más tienen que decir y también intentando dar respuestas concretas.”</p>
Indagar y trabajar sobre “por qué dejó”	<p>“Revisamos qué le pasó y por qué abandonó. Lo pienso como una recaída. Prevenir que se repita.”</p> <p>“Trato de trabajar muy bien por qué la interrupción. Si no trabajás eso, condenás el tratamiento al fracaso. Trabajar los motivos por los que interrumpió.”</p>
Que tome conciencia	<p>“Intento hablarles, que tomen conciencia de la necesidad de adherencia.”</p> <p>“Se los recibe como la primera vez, tratando de aconsejarlos y de que tomen conciencia que necesitan de tratamiento.”</p>

Este tipo de malestar fue nombrado como una reacción de los trabajadores al inicio de su desempeño profesional ya que luego, con los años y la experiencia, deja de ser frecuente. Los trabajadores manifestaron que se “acostumbraron” o cambiaron y actualmente se involucran menos en el aspecto emocional poniendo mayor distancia. En este sentido, el reconocimiento de estas situaciones como parte del trabajo permite a los trabajadores interpretarlas como esperables y comprensibles, naturalizándolas como propias del trabajo con UD. En las siguientes respuestas se pueden observar ejemplos de esta naturalización de las dificultades en la continuidad del tratamiento con pacientes UD:

“Es parte del problema, no me decepciono. Es comprensible, seguro que tiene más problemas él que yo.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Depende del caso, he sentido frustración típica del profesional en sus comienzos. Hoy, con más experiencia, reafirmo que lo fundamental está en la voluntad del paciente y allí es difícil entrar. Hoy (lo) percibo con impotencia.” (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

“Yo me estreso mucho. Hay mucha presión. El doctor P está como más resignado. Te dice ‘bueno, empezá de nuevo’, pero el tema es que no sabés si le va a ir bien con la nueva medicación. Quizá mi presión y estrés sea por la inexperiencia.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

¹³ En lunfardo, “laburar” significa trabajar.

“Bien, no. Pero hay que entenderlos. No lo hacen en contra mía. Algo les habrá pasado que dejaron o abandonaron, esa es la interpretación que hacemos sobre por qué dejan. Cada vez me enojo menos.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

4.4.2. Síntesis

En primer lugar, cabe destacar que adoptar la estrategia de “comenzar de cero” frente a la interrupción y el retorno al tratamiento, también fue observada en un estudio de los dispositivos de intervención con usuarios de drogas que Intercambios realizó en forma simultánea con la presente investigación.¹⁴ En él se reiteran las referencias del tipo “hay que comenzar de cero”, “es necesario hacer un corte con todo su pasado”, “son como chicos que hay que ‘rearrear’”.

En ciertos dispositivos de intervención se produce un borramiento de la trayectoria de consumo del sujeto y de las experiencias de tratamientos anteriores, con la consecuente invisibilización de la dimensión histórica. “Los problemas de drogas tienen una dimensión de desarrollo longitudinal, que los caracteriza y que precisa ser abordada de forma prioritaria si se buscan fórmulas operativas de intervención. [...] Se desarrollan en un continuum que, con difícil determinación de espacios intercalares, va evolucionando desde unas etapas constituyentes o de conformación de la situación hasta otras etapas residuales donde se manifiestan con mayor intensidad o con toda su intensidad las consecuencias secundarias de los consumos” (Megías, 2000: 370).

A la vez, existen aquellas estrategias que trabajan sobre los motivos que llevaron a la interrupción del tratamiento, que suelen ser parte del dispositivo de intervención de los trabajadores de la salud mental. Pero, cuando las estrategias fallan es probable que los trabajadores opten por la derivación.

Sin embargo, las estrategias que puedan adoptar los trabajadores de la salud se basan en la naturalización de la interrupción y el retorno de los UD, en la inestabilidad y la imposibilidad de que el UD se convierta en un “paciente”. Así, los trabajadores también tienen sentimientos de malestar, frustración e impotencia porque son construidas a partir de la experiencia de trabajo pero no están previstas en la formación profesional, lo que posiblemente se manifieste luego como una falta de recursos (saberes y prácticas) para la atención de pacientes UD.

¹⁴ Proyecto “Uso de drogas en Argentina: políticas, servicios y prácticas”, Intercambios Asociación Civil. Proyecto de cooperación universitario internacional. Universidad y uso/abuso de drogas. Estudios locales. Federación Internacional de Universidades Católicas. 2005-2008.

CAPÍTULO 5

Capacitaciones y propuestas

La instancia final del cuestionario buscó conocer los recursos con que cuentan los trabajadores de la salud para satisfacer las demandas de salud de los UD. Se indagó especialmente acerca de las capacitaciones que recibieron los trabajadores y en qué medida resultaron suficientes para desempeñar sus respectivos trabajos. Finalmente, se les solicitó una serie de propuestas que mejorarían la accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud.

5.1. Capacitaciones

En primer lugar, se observó que más de la mitad de los 84 trabajadores de la salud (60%) entrevistados había realizado capacitaciones relacionadas al tema del consumo de drogas. Sin embargo, el 90% (teniendo en cuenta tanto a quienes habían realizado capacitaciones como a los que nunca habían realizado alguna) contestó que desearía recibir capacitaciones. Esto fue congruente con la opinión de la mayoría de los trabajadores (80%), quienes consideraban que no les era posible responder satisfactoriamente a la demanda de los UD con los recursos de que disponían.

En segundo lugar, al consultar a los trabajadores que realizaron capacitaciones, la gran mayoría dijo haberlas hecho por cuenta propia. En muy pocos casos la institución a la que pertenecían les solicitó la realización y generó los medios para ello. Por otra parte, el 70% de este mismo grupo evaluaron las capacitaciones como suficientes,¹⁵ y casi un 20% dijo que fueron insuficientes.

También es importante destacar que los mencionados trabajadores eran en gran proporción psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. En cambio, sólo un tercio de los médicos infectólogos y clínicos habían realizado capacitaciones en el tema. Esta proporción es equivalente a la observada en las cifras por servicios: Infectología y Guardia son los que menos reportaron haber realizado capacitaciones.

5.2. Propuestas

Por último, los trabajadores dieron sus opiniones e hicieron propuestas sobre cambios que podrían implementarse para mejorar la accesibilidad de los UD a los servicios de salud. Para ello, se les formuló una pregunta hipotética: Si usted fuese gestor de políticas, ¿qué cambios haría para mejorar el acceso de los usuarios de drogas a los servicios de la salud?. Aunque se obtuvo un amplio espectro de propuestas o cambios a implementar, se pudieron identificar ciertos núcleos de problemas y posibles soluciones.

Un primer acercamiento a estas propuestas permite segmentarlas en dos dimensiones: las que involucran cambios en el interior del sistema hospitalario y las que involucran a otros tipos de servicios de salud, más allá del hospital, ya que podrían implementarse en todo el sistema de salud.

¹⁵ Se les propuso que evaluaran la capacitación con la siguiente escala: insuficiente, suficiente, muy suficiente.

5.2.1. Propuestas que involucran cambios al interior de la institución hospitalaria

Estuvieron centradas en la idea de una mayor capacitación de los trabajadores para atender estos problemas de salud. En algunos casos se alegó la necesidad de un cambio en la “mirada” de los trabajadores acerca del “problema droga”. Esto significa que las propuestas apuntaban a realizar cambios en la propia formación profesional, al modo en que se construye el problema y sus formas de intervención.

“No estigmatizar al usuario de drogas, que todos puedan tener acceso, no hay acceso por que no hay lugares de atención especializado (hay poca oferta).” (Médico clínico, servicio de Guardia).

“Uno que es médico del mundo hospitalario puede caer en la creación de “toxico”.¹⁶ 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)

“Educación al personal, para que no sea expulsivo.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Sensibilización general hacia el tema, más generalizada. Equipos que contengan.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Además, pondría el problema sobre la mesa. Todavía no se está hablando el tema del todo.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Una reclama siempre. Hay que cambiar la mirada de la medicina tradicional que se acerca a los pacientes desde la patología orgánica. Se debe trabajar en equipos dándose la misma importancia que a otras patologías.” (Trabajadora social, Servicio Social)

Entre las respuestas que se enmarcan en propuestas de cambios dentro de la misma institución hospitalaria, se observó una tendencia de propuestas que se basan en la idea de la especialización. Es decir, que los cambios a implementar se dirigen a la creación de grupos, centros o servicios dentro de los hospitales que estén especializados en el tema del uso de drogas. Otra idea, que es subsidiaria a la de la especialización, es que estos grupos o servicios deben ser multi o interdisciplinarios, entendiendo que el problema del uso de drogas debe trabajarse desde diversas perspectivas y formas de intervención.

“Pondría especialistas en las guardias, guardias psiquiátricas las 24 horas, mejoraría el sistema de derivación para que sea eficaz. Crearía un equipo de atención especializado que se dediquen al tema.” (Médica Clínica, servicio de Guardia)

“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)

“Servicios especializados que contengan a los pacientes, interdisciplinarios de verdad.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Tratar de establecer grupos interdisciplinarios que atiendan solo a pacientes UD, como un tratamiento de manera integral, infecto, ginecología para las mujeres, toxicología, psicopatología [...]. Es difícil porque no hay gente interesada en ayudar a estos pacientes, como que nosotros nos vemos obligados a atenderlos, no estamos preparados para esto pero hay que seguir estudiando para poder trabajar con ellos.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

Como se puede observar, la especialización es una demanda que se basa en la falta de conocimiento en el tema por parte de los trabajadores de la salud. El uso de drogas aparece como un problema específico que no puede ser tratado en un hospital general o el hospital necesitaría incorporar una unidad o centro especializado.

“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)

Un cambio necesario para facilitar el acceso, que se señaló dentro de la dimensión organizacional de los hospitales, fue la cuestión burocrática, básicamente lo que se refiere al sistema de turnos y horarios.

“Cambiaría el tema del horario, nadie lo cumple. A las 11 el hospital ya está vacío, a la tarde es un desierto.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Barreras al testeo por VIH. Debería haber menos burocracia en los turnos. Es una barrera muy importante porque tienen que venir varias veces. Cuando a un UD le contás que para testearle tiene que venir tres veces, se desmoraliza.” (Psicóloga, servicio de Infectología)

“Que cada uno cumpla los horarios en todos los servicios del Hospital hasta las 17 horas, para asistir a más personas.” (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

Los cambios necesarios, ya sean en el ámbito organizacional como en la creación de nuevos servicios especializados, precisan de la inversión en recursos humanos (“más profesional, más capacitado”, “más personal administrativo y profesional que quieran hacer este trabajo”), en materiales (“camas de desintoxicación”) o en infraestructura hospitalaria (“cambios en la infraestructura, por ejemplo, más camas de desintoxicación en hospitales de agudos”). Por ello esta demanda está presente en las propuestas de los trabajadores de la salud.

“Capacitación a los profesionales y recursos económicos (desde más profesionales hasta disponibilidad de medicamentos). para la red hospitalaria de la ciudad.” (Médico psiquiatra, servicio de Salud Mental)

“Está muy mal distribuido todo, nosotros nos vemos sobre exigidos porque hay otros centros que no tienen los médicos (en Gran Buenos Aires). Tendríamos que estar mejor pagados. Tendríamos que hacer menos horas de guardias les pondría un psicólogo a cada médico” (Médico clínico, servicio de Guardia).

5.2.2. Propuestas de cambios en el sistema de salud

Una importante cantidad de trabajadores consultados consideraron que los usuarios de drogas deben estar atendidos por servicios extra hospitalarios o centros con los que el hospital pueda tener un sistema de derivaciones. Propusieron la creación de una serie de centros especializados (nuevamente, multidisciplinarios) a los cuales fuera posible derivar a los usuarios de drogas, especialmente para ofrecerles internación (“los pacientes piden internarse y acá no hay dónde”). Si bien se señaló que ya existen centros especializados, tanto públicos como privados, también manifestaron haber recibido críticas por su funcionamiento o por el tipo de dispositivo. Por ello, se pensaron en nuevos tipos de centros o modificaciones de los actuales.

El problema de la internación de los UD y la falta de recursos en los hospitales para esto fue uno de los motivos recurrentes para proponer nuevos tipos de centros especializados. 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 o tener una política coordinada.

“Pondría a funcionar los CPA¹⁷ y crearía unidades asistenciales específicas fuera de los hospitales, ¿por qué? Porque los hospitales son gigantes y un problema nuevo y específico se pierde.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Lo primero es el desarrollo de centros especializados o de gente que tenga capacidad y training para atender pacientes adictos, básicamente en el área de psicopatología. Que el Estado se responsabilice para derivaciones o internaciones, que ahora no existen recursos que funcionen (el tratamiento médico funciona pero el resto no).” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Tener un lugar especial para que estén los pacientes UD porque no pueden tener un paciente descontrolado acá, al lado de alguien que se está infartando.” (Médico clínico, servicio de Guardia)

“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 (que le dura no más de 5 minutos). Hacer estudios epidemiológicos en guardias, consultorios externos, etc. para evaluar las necesidades y abastecer las demandas en función de las diferencias de cada zona geográfica. En la zona del Penna y en Recoleta no debe haber el mismo perfil de consumo, etc.” (Médico clínico, servicio de Guardia).

¹⁷ Se refiere al Centro Provincial de Atención a las Adicciones, Provincia de Buenos Aires.

“Pienso que acceso en Capital existe. Pero no hay internación breve. Para internación prolongada está la SEDRONAR. Pero para breve no hay, es un desastre.” (Médico clínico, servicio de Adicciones)

“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)

“Centros especiales para atender a estos pacientes, con un trabajo interdisciplinario en serio, lo cual es muy difícil. Más lugares de desintoxicación y más lugares de internación, porque 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.” (Psicólogo, servicio de Guardia)

Otras propuestas que apuntaron a una política de salud extra hospitalaria fueron aquellas que plantearon 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 al hospital.

“Pienso que sería bueno poner algún sistema de atención en la calle, que evite que llegue a las guardias, prevención sobre todo. Una red de atención, que uno sepa que el paciente va a estar bien atendido cuando se va de acá.” (Médico clínico, servicio de Guardia)

“Trabajo con familiares, ya que allí está el centro de los problemas, toman de chivo al enfermo, y con amistades.” (Trabajadora social, servicio Social)

“Que el hospital salga a la calle para prevenir, para informar, para repartir jeringas, que facilite testeos de HIV. 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)

“No atendería en un hospital. Acercaría la Salud a los UD. Haría muchos más manejo de atención comunitaria, pondría consultorios, horarios especiales en lugares de mejor acceso, descentralizaría la atención de los pacientes. Pediría un “camioncito”. Implementaría en muchos casos estrategias de reducción y control de daños, que no creo que pase solamente por repartir jeringas.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

Como señalamos anteriormente, otra forma de concebir la intervención en la comunidad o la relación del hospital con su entorno, por parte de algunos trabajadores, fue proponer ir en la búsqueda de los UD dado que ellos mismos no se perciben como “enfermos” (“porque los UD no vienen solos, porque no se consideran enfermos, y si vienen no se les dan respuestas favorables”).

“... salir del hospital a buscar a la gente o acercar el hospital a la gente.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Debería haber alguna unidad que se acerque a ese ser humano y ver si se puede ofrecer un lugar limpio y un tratamiento. A lo mejor hacer al revés, no que vayan sino que se los busque, aún cuando están en la calle. Nosotros tuvimos gente viviendo en este pasillo. Tal vez coordinadores/tutores ex UD que los acompañen. Sumado a médicos y psicólogos. Reconociendo el estado de situación de esas personas.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Ir a la búsqueda del adicto sin esperar que ellos lleguen en una situación crítica (por ejemplo a clubes y escuelas) y porque solos no vienen.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

5.2.3. Propuestas de políticas públicas de salud y culturales

Finalmente, 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. A la vez que se hicieron este tipo de propuestas se criticaron el contenido y la forma con que se encararon anteriores campañas publicitarias (“hacer campañas de información reales”) o en la manera en que se difunde información.

“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)

“Hay que ir a los barrios, para eso está la APS. El adicto viene al hospital o cuando está muy mal o cuando hace un click. Hay que ir a los barrios, hacer centros de salud, hay que mejorar todas las condiciones socioeconómicas. Ejemplo: chicos en situación de calle en Constitución. La droga es una forma de evadir la realidad social. Trataría de evitar que caigan en la droga a nivel social en los estratos pobres, en clase media, ir a colegios y dar charlas.” (Médica infectóloga, servicio de Infectología)

“Uno, dar a conocer el tema consumo de drogas, alcohol, prácticas de sexo seguro, vacunación. No campañas alarmantes sino campañas que informen. Dos, facilitar la formación de grupos de autoayuda acá en el hospital, pero debe ser también una actividad de la comunidad que viene a internarse. Tres, mejorar el aporte de informes para el diagnóstico de hepatitis C y VIH. Patologías que pueden transmitirse por consumo de drogas y sexo no seguro.” (Médico clínico, servicio de Infectología)

“Más información desde la escuela. Hay que atacar el problema desde lo más cerca de su origen y como te dije cada vez son más chicos. Incluiría jornadas de difusión con padres.” (Médico clínico, servicio de Infectología)

En el marco de programas o políticas que debieran implementarse también se nombraron, en menor medida y con diferentes matices, la incorporación de políticas de reducción de daños.

“Impulsar y sostener una política de reducción de daños. Esto implica capacitación y sensibilización de los equipos de salud en general y también un trabajo con la comunidad. Poner el tema en debate, no sólo como informes amarillos y aislados por TV como pasó con el paco. Asignar recursos para investigaciones.” (Psicóloga, servicio de Salud Mental)

“Primero que haya alguien que los pueda recepcionar. Contactarse con grupos que ayuden a reducir el daño o de contención para dejar los hábitos.” (Médico clínico, servicio de Guardia)

“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)

Una idea que fue manifestada por algunos trabajadores fue la importancia de la participación del Estado en políticas de salud que modifiquen al sector privado. No sólo se hicieron críticas a las comunidades terapéuticas privadas que atienden a usuarios de drogas sino que se pensó en propuestas que articulen el sector público y privado o que abran el servicio privado para los UDs que no puede pagarlo.

“Pondría a los servicios privados la obligación de cubrir derivaciones desde hospitales públicos.” (Médica psiquiatra, servicio de Guardia)

“Tendrían que armarse lugares para tratar que sean públicos, porque los privados son inaccesibles para los que veo acá.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

“Por un lado habilitar consultorios para adicciones en otros hospitales (para adultos en el único lugar que hay público es el Fernández) lugares de internación públicos o que haya forma de acceder a las clínicas sin son privadas.” (Médico clínico, servicio de Guardia)

“No lo dejaría en manos privadas. Controlaría las comunidades terapéuticas que dejan bastante que desear.” (Médica psiquiatra, servicio de Salud Mental)

5.3. Síntesis

La capacitación y la especialización fueron demandas recurrentes entre quienes atienden usuarios de drogas en los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires.

Aunque se reitera la importancia de trabajar en el tema incluyendo las diversas perspectivas disciplinarias, los problemas relacionados con las drogas se asocian más habitualmente al campo de la salud mental, poniendo de ese modo énfasis en circunscribir las dificultades en el individuo y su familia.

Las propuestas realizadas por los trabajadores de la salud para mejorar el acceso de los UD, aluden tanto a dificultades propias de la institución con la que trabajan, como a deficiencias del sistema de salud en general, especialmente los problemas del sector privado dedicados a la atención de usuarios de drogas.

Muchas de las propuestas afirman la línea de especialización y diferenciación de los dispositivos y las instituciones de atención, convalidando de ese modo la visión de la necesidad de separar a los usuarios de drogas de otros pacientes y formas de tratamiento. No obstante, también fueron propuestas modalidades de intervención extrahospitalaria asentadas en una línea de intervención comunitaria que aprovecha la inserción en la redes sociales de los sujetos que asiste o puede asistir.

.....
Resultados obtenidos
en Rosario,
provincia de Santa Fe
.....

CAPÍTULO 1

Sistema de salud

Los rasgos de la política de salud en el Municipio de Rosario (Rovere, 2005) están orientados principalmente hacia la integridad, complementaridad y alineamiento con el derecho a la salud (Municipio de Rosario, 2007).

Actualmente, el municipio está trabajando en la organización de distritos sanitarios, con los cuales pretende recuperar la idea de territorialidad. El objetivo es la constitución de un equipo de gestión en cada distrito que cuente con autonomía para tomar decisiones y que integre en sus propuestas el protagonismo de la comunidad en la definición de prioridades, las estrategias para abordarlas y la evaluación de las acciones.

En este contexto podría destacarse la reorganización de la red hospitalaria propia que incorpora 3 hospitales generales, 1 servicio de internación domiciliar pediátrica y de adultos, 2 maternidades, 1 instituto de rehabilitación y 1 centro de especialidades médicas ambulatorias (CEMAR) en el segundo nivel de atención y 2 hospitales con mayor tecnología y alta complejidad en el tercero. Esto se completa con la distribución gratuita de medicamentos.

Con respecto a la atención primaria, en el municipio hay 42 centros de salud que se distribuyen en los distintos barrios y tienen una coordinación centralizada desde la Dirección de Atención Primaria (APS). La asistencia en estos centros es a través de equipos interdisciplinarios especializados en APS.

Otro de los puntos prioritarios en la política sanitaria del municipio es el desarrollo de programas dirigidos a la salud de la mujer, la prevención y control del sida, la prevención y tratamiento de adicciones, la asistencia integral de las personas especiales y, particularmente, a la promoción y el fortalecimiento de la participación de la población en los procesos de salud.

También, el municipio cuenta con un instituto de salud, el Juan Lazarte, cuya gestión es compartida entre la Secretaría de Salud, la Universidad Nacional de Rosario y la Asociación Médica. Tiene un rol que incluye un componente fuerte de investigación y una usina de pensamiento para fortalecer el proceso de formulación de políticas.

Finalmente, en el marco de una política de medicamentos y en coordinación con la Región Sanitaria VIII de Santa Fe, el municipio comenzó a producir en forma directa algunos medicamentos esenciales, así como el control y distribución en el ámbito de los efectores municipales.

1.1. Características de la muestra

Fueron entrevistados 45 trabajadores de la salud de tres tipos de efectores: municipales: hospitales, centros de salud y SIES (servicio integrado de emergencias sanitarias) (Tabla 1).

Del total de los entrevistados (N = 45) el 68.9% eran mujeres y el 31.1% varones (Tabla 2). Sus edades oscilan entre los 29 y 57 años, con una media de 39 años (Tabla 3).

La media de años de vinculación con usuarios de drogas en sus trabajos fue de 9 años aproximadamente (8.84), la antigüedad en el servicio también promediaba los 9 años, mientras que la media de los años de graduados fue de 12 años (Tabla 4).

Tabla 1. Distribución de los trabajadores por tipo de efector

	N	Porcentaje
Hospital	16	35,6%
Centro de Salud	27	60%
SIES	2	4,4%
Total	45	100%

Tabla 2. Distribución por sexo de los trabajadores

Sexo	N	Porcentaje
Mujer	31	68,9%
Varón	14	31,1%
Total	45	100%

Tabla 3. Distribución por edad de los trabajadores

Edad	N	Porcentaje
Entre 29 y 38	23	51,1%
Entre 39 y 48	17	37,8%
Entre 49 y 57	5	11,1%
Total	45	100%

Tabla 4. Antigüedad de los trabajadores

	Media
Edad del profesional (N = 45)	39
Años de graduado (N = 45)	12
Antigüedad en el servicio (N = 45)	9
Años en contacto con UDs (N = 44)	8.84

Los servicios de salud y la profesión de los trabajadores de la salud de Rosario están condicionados por la estructura o el tipo de sistema implementado por los efectores de salud de esa ciudad (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la profesión de los trabajadores por efectores

Profesión	Tipo de efector			Total
	Hospital	Centro de salud	SIES	
Médico infectólogo	2			2
Psicólogo	3	8		11
Médico psiquiatra	2			2
Trabajador social	4	7		11
Médico clínico	3	1	1	5
Médico generalista		9		9
Médico	2	2	1	5
Total	16	27	2	45

1.2. Condiciones de trabajo de los profesionales

En cuanto a las condiciones de trabajo, los encuestados informaron que el promedio de horas trabajadas semanalmente es de 31,73 horas (N = 41), sin contar el servicio de Guardia en el que se suele trabajar más horas. En cuanto a la cantidad de personas que atienden diariamente, sin contar a los trabajadores de la Guardia, la media es de 17. Para el servicio de Guardia (N = 4) la media de las horas semanales trabajadas es de 33 y el promedio de pacientes que atienden diariamente es de 90. Finalmente, el 91.1% de los encuestados (N = 45) respondió que tenía otros trabajos además del mencionado en la entrevista.

CAPÍTULO 2

Acceso inicial

En el siguiente capítulo se describirá, de modo general, el perfil de la población que utiliza los servicios de salud pertenecientes a la Municipalidad de la Ciudad de Rosario y en particular de los usuarios de drogas (UDs) que acceden a ellos. Para estos fines, se relevaron las diferencias percibidas por los trabajadores de la salud con respecto a sus *pacientes en general* y *pacientes UD*s, en cuanto a edad, sexo, lugar de residencia, nacionalidad y ocupación.¹

A partir de las respuestas de los trabajadores de la salud, fue reconstruido un panorama general acerca de las barreras en el *acceso inicial*. Ellos mencionaron y describieron lo que consideraron las principales dificultades que tenían sus propios *pacientes en general* para acceder al hospital y al servicio en el cual desempeñan su trabajo. Luego de esto, se les solicitó que señalaran si existían mayores dificultades de acceso, que las antes descriptas, para el caso de los *pacientes UD*s.

2.1. Acceso inicial para pacientes en general

Los resultados que se presentan a continuación reflejan la particular mirada de los trabajadores de la salud acerca de los problemas de accesibilidad que afectan a los *pacientes en general* que utilizan los diferentes servicios de salud (hospitales municipales y centros de salud) de la ciudad de Rosario. Reconstruir este panorama de los problemas de acceso desde la mirada de los trabajadores, no implica detallar exhaustivamente todos problemas de accesibilidad, sino que remite a lo que este conjunto de entrevistados registra como problemas de acceso inicial.

2.1.1. Perfil sociodemográfico

¿Quiénes usan el sistema de salud de la ciudad de Rosario? En relación a la **edad**, la mayoría de los trabajadores (N = 45) respondió que atendían *adultos* (88,9%) y *jóvenes* (60%) y, en menor medida, *adolescentes* (42,2%), *niños* (35,6%) y *ancianos* (24,4%). La totalidad de los trabajadores respondió que la **nacionalidad** de sus *pacientes* era argentina, mientras que el 31% reportó que también atendía a pacientes de países limítrofes (Bolivia, Uruguay, Chile y Brasil) y de Perú. Por otra parte, 13 trabajadores especificaron que atendían población de pueblos originarios, principalmente tobas, pero también guaraníes y mocovíes.

En cuanto al **sexo**, las respuestas indican una proporción similar de varones y mujeres. El 39,2% de los trabajadores respondió que la mayoría eran mujeres y el 37,2% que eran varones. Sólo el 23,3% dijo que atendía a *igual cantidad de pacientes mujeres y varones*.

¹ Dado que el objetivo del presente estudio es describir las percepciones que los trabajadores tienen acerca de cuestiones tales como la accesibilidad o el perfil de los usuarios de drogas que atienden en los servicios de salud, las mediciones y tendencias aquí presentadas corresponden solamente a respuestas de estos profesionales. Se trata siempre de perspectivas, valoraciones y formas de construir simbólicamente, no de datos en base a registros o fuentes que de alguna manera son más objetivas (ver capítulo 2, pág. 23).

Las repuestas de los trabajadores de la salud acerca del **nivel socioeconómico** de sus pacientes fueron bastante concluyentes, ya que una amplia mayoría de ellos, especialmente los que se desempeñan en el primer nivel de atención, dijo que *más de la mitad* de ellos eran *desocupados*. Le siguen, en una proporción menor, los de la *clase trabajadora* (obreros, operarios, trabajadores por cuenta propia no profesionales). Sólo un entrevistado dijo que en ocasiones atendía a algún paciente *profesional, universitario, empleado calificado* o que pertenecía a la *clase alta*.

2.1.2. Principales dificultades de acceso inicial

Al indagar sobre lo que se denominó *acceso inicial* –entendiendo por ello una definición básica sobre accesibilidad, que refiere al **modo en que los sujetos llegan a los servicios de salud**–, los trabajadores de la salud entrevistados perciben como barreras de acceso de los *pacientes en general* a un número variado de motivos que se pueden clasificar en diferentes dimensiones (Tabla 6).

Los tipos de barreras de accesibilidad pueden ser también clasificadas según las dificultades de acceso que los trabajadores mencionaron como propias de los pacientes o de los efectores de salud (Tablas 7 y 8).

Tabla 6. Tipos de barreras que dificultan el acceso de los pacientes en general

Tipos de barrera	Dificultades
Geográficas	Se refieren a la localización de los servicios de salud y, particularmente, a la distancia con los lugares de residencia de las personas.
Económicas	En relación con los pacientes. La referencia puntual es a la dificultad de llegar a los servicios de salud por el costo del transporte. En relación con los servicios de salud. Se refiere a problemas estructurales de la escasa oferta de servicios de salud frente a la magnitud y tipo de demanda. También indica la falta de recursos materiales.
Organizacionales	En relación con la organización al interior de cada efector. Se refieren a aspectos burocráticos y administrativos (modalidad de los turnos y los horarios, y el tiempo de espera). En relación al sistema de salud o la relación entre efectores. Se refieren a problemas derivados del proceso de descentralización y el sistema de derivaciones.
Culturales	Se refieren a las prácticas, hábitos, creencias y valores de los pacientes.
Redes de los pacientes	Identifican problemas vinculados a grupos familiares o sociales que promuevan, colaboran o dificultan el acceso a los servicios de salud.

Entre las primeras razones que los trabajadores (N = 43) mencionaron como dificultades para el acceso a los servicios de salud se encuentran las barreras organizacionales, que suman las respuestas referidas a los problemas burocráticos de cada efector (dificultad de los turnos y horarios) los estructurales de la nueva organización del sistema de salud municipal (algunos trabajadores encuentran dificultades en la relación entre los efectores, el papel del centro de salud y las derivaciones). En algunos casos las barreras geográficas mencionadas también se vincularon a la descentralización (Gráfico 1).

Otro punto fuerte que los trabajadores destacan como barrera es el desequilibrio entre la oferta de servicios y profesionales de salud y la demanda, apuntando básicamente a la falta de recursos humanos y, en algunos casos, a la falta de recursos materiales. Aunque haya una amplia oferta de servicios de atención primaria, algunos trabajadores percibieron que la demanda es mayor.

Tabla 7. Barreras en referencia al paciente en general

Tipos de barrera	Ejemplos de respuestas
Cultural	“Recursos culturales y simbólicos.” “Dificultad idiomática y cultural de los tobas.” “No lo consideran un problema de salud.” “Falta de interés del paciente.”
Redes	“Falta de estructura familiar/social.” “No hay familia que los pueda traer.”
Económica	“Falta de recursos para movilizarse.”
Geográficas	“Pacientes de zona rural: distancia.” “No se atiende por descentralización geográfica.”

Tabla 8. Barreras en referencia a los efectores

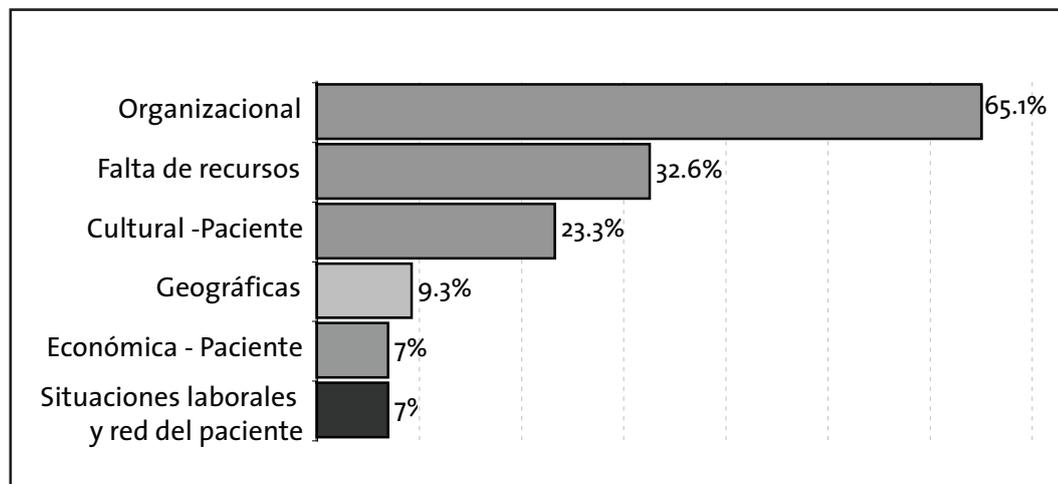
Tipos de barrera	Ejemplos de respuestas	
Falta de recursos en los servicios de salud	Problemas de oferta y demanda	“La oferta de los servicios.” “Pocos profesionales.” “Pocos médicos y mucha demanda.”
	Recursos materiales	“Capacidades casi nulas, escasos recursos materiales.”
Organizacionales	Turnos y horarios	“Falta de turnos en centros de salud.” “Turnos muy demorados.” “Ingreso por turno programado.”
	Derivaciones	“Organización de la Internaciones.” “Burocracia que exige la derivación.”
	Organización del sistema de salud	“Descentralización.” “No están referenciados a un centro de salud.” “Desinformación del sistema de salud.”

Si bien las principales barreras de acceso refieren a problemas de los efectores de salud, hay también problemas de accesibilidad en los propios pacientes, como la falta de dinero para costear el traslado, lo cual puede sumarse a las distancias. Sin embargo, las principales barreras que los trabajadores describieron como propias de los sujetos fueron de tipo cultural como la falta de información y de saberes y prácticas específicas acerca del uso de los servicios de salud.

2.2. Acceso inicial para pacientes UD

Luego de establecerse el panorama de *acceso inicial* para los *pacientes en general*, se solicitó a los entrevistados mayores datos sobre las dificultades del subgrupo *pacientes UD*.

Gráfico 1. Principales dificultades de acceso a los servicios de salud municipales de los pacientes en general, según tipos de barreras de accesibilidad



2.2.1. Perfil de los pacientes UD

En relación con el **perfil etario** de los *pacientes UD*s, la mayoría de los trabajadores respondió que atendía *jóvenes* (73,3%) y *adolescentes* (68,9%), identificando a esta población en la franja etaria que va de los 13 a los 30 años. Mientras la mitad de los trabajadores respondió que atendía *adultos* (52,6%) y en pocos casos (8) indicaron que atendían *niños UD*s; no hubo respuestas sobre UD*s ancianos*. Si analizamos esta información en comparación con la edad de los pacientes en general se observa que, según los trabajadores, la edad de los pacientes UD*s* tiende a ser menor que la de los pacientes en general, centrándose básicamente en adolescentes y jóvenes (Gráfico 2).²

En cuanto a la **nacionalidad**, el 100% de los trabajadores de la salud atendía a UD*s* argentinos, no hubo mención a UD*s* extranjeros. Y finalmente, las respuestas sobre la variable **sexo** fueron muy homogéneas, ya que el 88,9% de los trabajadores respondió que la mayoría de los UD*s* que utilizaban los servicios de salud eran varones. De manera general, se indagó la situación socioeconómica y las respuestas indicaron que los que concurrían a estos servicios de salud pertenecían principalmente a sectores socioeconómicos *bajos* (97,7%) y *medio bajos* (20,5%).

2.2.2. Particularidades de los problemas de acceso inicial

Se preguntó a los trabajadores si sus *pacientes UD*s tenían mayores dificultades de acceso a los servicios que las descriptas para sus *pacientes en general*. Un poco más de la mitad de los entrevistados (N = 45) respondió que **no** existían mayores problemas de acceso, pero un 46,7% reconoció que **sí** las hay (Gráfico 3).

Las respuestas de los trabajadores que aseguraron que no existían mayores dificultades de acceso para los UD*s* en su mayoría destacaron que los servicios de salud eran “abiertos”, que “hay libre acceso”, “no hay diferencias” o “los UD*s* tienen las mismas dificultades que el resto”. En cambio, para quienes creen que sí hay mayores dificultades las explicaciones remiten a que los propios UD*s* y/o los otros profesionales “no reconocen a la adicción como una cuestión de salud” y a los prejuicios hacia los UD*s*. Así, ante la pregunta: ¿Usted piensa que los usuarios de drogas tienen mayores dificultades de acceso a este servicio que el resto de sus pacientes? hubo variedad de respuestas, que se podrían esquematizar en función de las argumentaciones que las fundamentan.

¹ Los trabajadores fueron consultados a partir de preguntas múltiples y abiertas en las cuales, en muchos casos, se respondió por más de una categoría. Por lo tanto, la suma de los porcentajes de todas las categorías es mayor al 100%.

Gráfico 2. Distribución de la edad de los pacientes en general y los UD

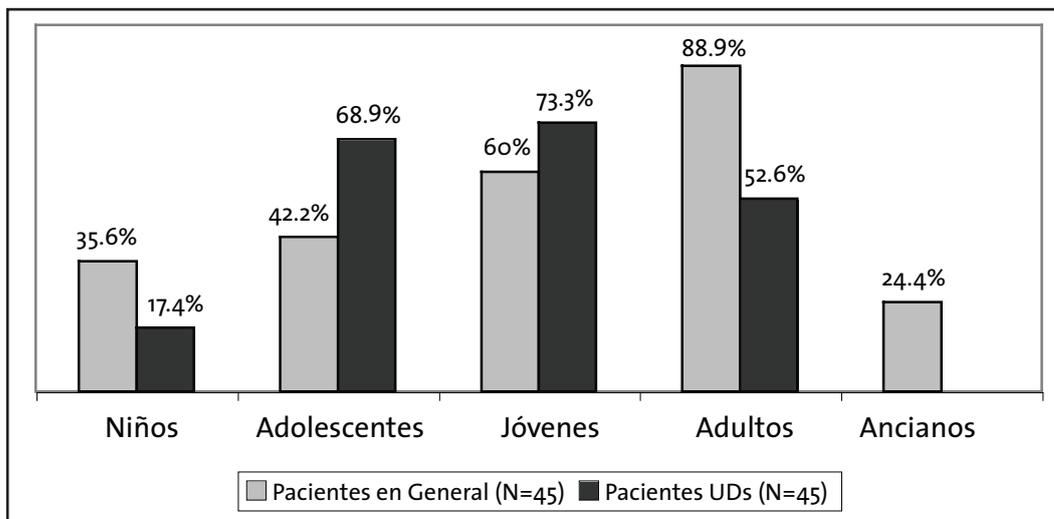
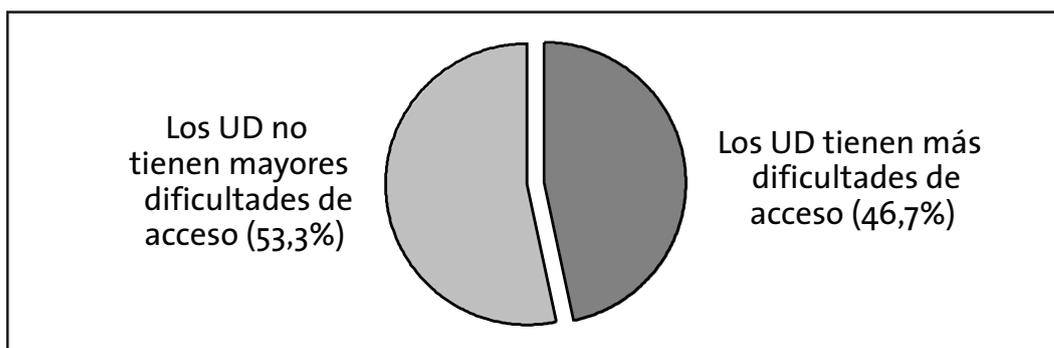


Gráfico 3. Respuestas a la pregunta: ¿Los usuarios de drogas tienen mayores dificultades que el resto de los pacientes para acceder a los servicios de salud?



Respuestas de quienes creen que los UD no tienen mayores dificultades de acceso (53,3%)

Porque el servicio es “abierto” y “se trata a todos por igual”.

“No. No hay una diferenciación según el motivo de consulta, que marque diferencias.” (Psicóloga, servicio de Salud Mental)

“No. Hay libre acceso a la Guardia y servicios, como cualquier otro paciente.” (Médico clínico, servicio de Clínica)

“No. Si hubiera dificultades serían iguales a las de los otros pacientes.” (Psicóloga, Programa de Sida)

Por las actitudes y comportamientos de los pacientes UD.

“No está en ellos ir y aceptar acercarse al centro de salud.” (Médica clínica, Centro de Salud)

Algunos entrevistados señalaron que en los casos en que los pacientes UD ingresan por otros motivos que no fuesen el uso de drogas, la visibilización posterior de la práctica de consumo genera nuevas dificultades de accesibilidad ampliada. En este sentido, es importante considerar barreras de acceso vinculadas a diferentes momentos y no sólo la accesibilidad inicial.

“El tema de la adicción no es el tema. Para el que ingresa, no hay problemas, dificultades, en el acceso. El uso de drogas aparece después.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“No. En principio entran, llegan al centro de salud por patologías muchas veces comunes a otros pacientes. Puede haber prejuicios por parte de algunos profesionales frente a los usuarios de drogas.” (Médico generalista, Centro de Salud)

Respuestas de quienes consideran que los UD's tienen más dificultades de acceso (46,7%)

Porque desde los servicios de salud hay dificultades para satisfacer la demanda, no se piensa el uso de drogas como un problema de salud, hay prejuicios hacia los UD's y falta de formación de los profesionales.

“Sí. Primero las instituciones sanitarias no dan cabida a esta problemática, tampoco la red sanitaria ofrece un marco de contención.” (Trabajador social, Centro de Salud)

“El sistema de consulta es inaccesible para el adicto. El sistema de enfermedad no está pensado para atender /contener a los usuarios.” (Médico, Centro de Salud)

“Sí. Por el estigma que cargan, algunos piensan `si se drogan que se la aguanten´, a veces son agresivos y nadie quiere hacerse cargo, no quieren atenderlos y si lo hacen y causa problemas en la internación viene el reproche de los colegas.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Sí. El uso de drogas no se toma como un problema de salud desde el propio ámbito de los profesionales.” (Psicóloga, Centro de Salud)

Por las actitudes y comportamientos de los pacientes UD's, asociados a su práctica de consumo.

“Por la cuestión misma de la adicción. No poder hablar.” (Médico generalista, Centro de Salud)

“Sí, por la dificultad normativa en el comportamiento de los pacientes.” (Médico generalista, Centro de Salud)

“Sí. La particularidad de estos pacientes es que su economía pulsional requiere una satisfacción inmediata que reconozcan su problemática, y la oferta que hay, no responde a esta característica.” (Psicóloga, Centro de Salud)

2.3. Síntesis

Desde la percepción de los trabajadores de la salud entrevistados en la ciudad de Rosario, los problemas organizacionales de los efectores de salud (centros de salud y hospitales) están afectando principalmente el acceso inicial de todos los pacientes que llegan a estos servicios. Así también, se reconoce que, ante la fuerte demanda, la falta de recursos materiales y humanos actúan como barreras. Todas estas percepciones ofrecen una mirada crítica hacia el sistema de salud en el que los trabajadores están insertos.

Sin embargo, los trabajadores reconocen que por parte de los pacientes existen condiciones que dificultan el acceso, propias de su dimensión cultural. Los trabajadores criticaron las creencias, prácticas y valores que los sujetos tienen sobre su propia salud y, en gran medida, señalaron que esta dimensión actúa como una barrera en el acceso inicial.

Dentro de este panorama general, un poco más de la mitad de los trabajadores entendió que los UD's no tienen mayores dificultades de acceso inicial que los antes mencionados. Aunque algunos argumentos insistieron en que el problema del acceso era responsabilidad del propio sujeto, porque el servicio es “amigable”, hubo otras posturas que fueron más críticas con respecto al modo en que los trabajadores abordan el tema. Cabe destacar la reflexión crítica hacia la propia dimensión cultural de los trabajadores, quienes recocieron que los problemas de acceso también se relacionan con la formación profesional, el modo en que se trabaja o cómo se construye el tema del uso de drogas como un problema de salud.

Pero, a pesar de esta mirada crítica, al analizar el discurso de los entrevistados se pudo observar que cuando se argumenta acerca del acceso inicial para los UD's, se tiende en gran medida a una individualización del problema del acceso o a la reducción del problema de accesibilidad a problemas del propio sujeto, mientras que las cuestiones de tipo organizacional, por ejemplo, no aparecen como una barrera importante.

Ambas argumentaciones –las de quienes encuentran que hay mayores dificultades de acceso para los UD's y las que no– están atravesadas por esta representación centrada en el individuo, que en este caso en particular es un individuo que consume drogas y a cuya práctica se asocian determinados comportamientos, creencias y hábitos que actúan como barrera o no le permiten al sujeto el “buen” uso de los servicios de salud.

CAPÍTULO 3

Indagación y registro sobre las prácticas de uso de drogas

Para comprender el proceso de accesibilidad de los UD's a los servicios de salud, un aspecto clave es la relación trabajador-paciente, y en particular, las formas de comunicación y visibilización del consumo de sustancias.

3.1. Reconocimiento e indagación acerca del uso de drogas

La pregunta formulada en este sentido fue: "¿Cómo suele enterarse de las prácticas de consumo de sus pacientes?" Las respuestas presentan una variedad de situaciones y estrategias ya que en muchos casos los trabajadores tenían más de una forma de enterarse de dichas prácticas, en las que combinaban el diálogo, la pregunta, la observación de síntomas, por familiares u otros profesionales.

"Por familiares o por otro profesional (enfermero o psicólogo), o también con el tiempo y la confianza lo informa el paciente." (Médica generalista, Centro de Salud)

"A veces lo dice el paciente, a veces lo que ve el propio médico, a veces se le pregunta." (Médica, servicio de Guardia)

"En general, el paciente lo dice. Ante la sospecha se indaga con los familiares, por los síntomas." (Médica, servicio de Guardia)

Siguiendo el relato de los trabajadores de la salud, se pudo reconocer que la manera de enterarse acerca de las prácticas se daba frecuentemente en el marco de un diálogo, ya sea iniciado por el trabajador o el propio paciente. En el caso de quienes respondieron que los pacientes UD's hablaban de sus prácticas de consumo, algunos dijeron que éstos lo hacían en forma espontánea y otros que respondían sus preguntas.

"En la entrevista ellos decían a veces. Se les pregunta." (Trabajadora social, Servicio Social)

"Lo informan ellos o surge en momento de confección de la historia clínica cuando lo pregunto." (Médica generalista, Centro de Salud)

"Generalmente lo informa el paciente, no tiene problemas." (Médica generalista, Centro de Salud)

Es importante destacar que la indagación por parte del trabajador acerca de las prácticas de consumo se dio en varios casos en el marco de un procedimiento estandarizado de registro.

"En pacientes con VIH nuevos está estandarizado como una pregunta de la entrevista..."

(Trabajadora social, Servicio Social)

Cuando se hizo referencia al diálogo con los pacientes UD's, los trabajadores señalaron que las preguntas o los relatos se establecían en un marco de confianza, que es constitutivo de la relación que en algunos casos fue considerado como una estrategia de intervención.

"Cuando se establece confianza, se puede preguntar o los propios usuarios la informan." (Psicóloga, Centro de Salud)

“En general, se establece confianza con la persona y después se abre el diálogo.” (Médico, Centro de Salud)

“Por lo general se pregunta, dicen los otros profesionales, la familia. La idea es que puedan hablar y que se tome desde el conjunto.” (Psicóloga, Centro de Salud)

Como se puede observar en algunas respuestas, los trabajadores también suelen enterarse de las prácticas de consumo de sus pacientes por otros profesionales o trabajadores, en el marco de las derivaciones. También por la familia del paciente y, en el primer nivel de atención, por los vecinos.

“Con las entrevistas a los usuarios, con los familiares con la observación. Salidas a los barrios.” (Trabajadora social, Centro de Salud)

“Generalmente, es el médico que lo atiende que informa alguien de la comunidad. Le informa en el centro que hay personas en el barrio con problemas de adicción. En este caso se hacen abordajes extrainstitucionales, buscando un vínculo entre éstos y los servicios de salud.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“En pacientes internados el clínico cuenta o algún familiar.” (Trabajadora social, Servicio Social)

Otra manera que se mencionó con frecuencia fue la observación. Esta refiere a la observación de síntomas o características particulares a las que los trabajadores refirieron como signos del uso de drogas. A veces se partió de una sospecha basada en la experiencia de trabajo. Este tipo de respuestas, que fue mencionada junto a otras formas de enterarse, fue más frecuente entre los trabajadores de la salud de los hospitales que entre los del primer nivel de atención.

“Lo dice, o por el estado y los signos que presenta (pupila dilatada, violencia, depresión de sensores).” (Médico clínico, servicio de Guardia)

“A veces el paciente lo expresa en la consulta y otras veces llegó por la patología o signos existentes.” (Médica clínica, Hospital)

“Con los años de trabajo uno lo sospecha, pero el paciente lo comenta y lo confirma.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

3.2. Conocimiento de los acompañantes de los UD's

Los trabajadores de la salud fueron consultados acerca de las redes de los *pacientes UD's*, en cuanto a si acudían a los servicios de salud acompañados por familiares o amigos y si sus familiares sabían que utilizaban drogas.

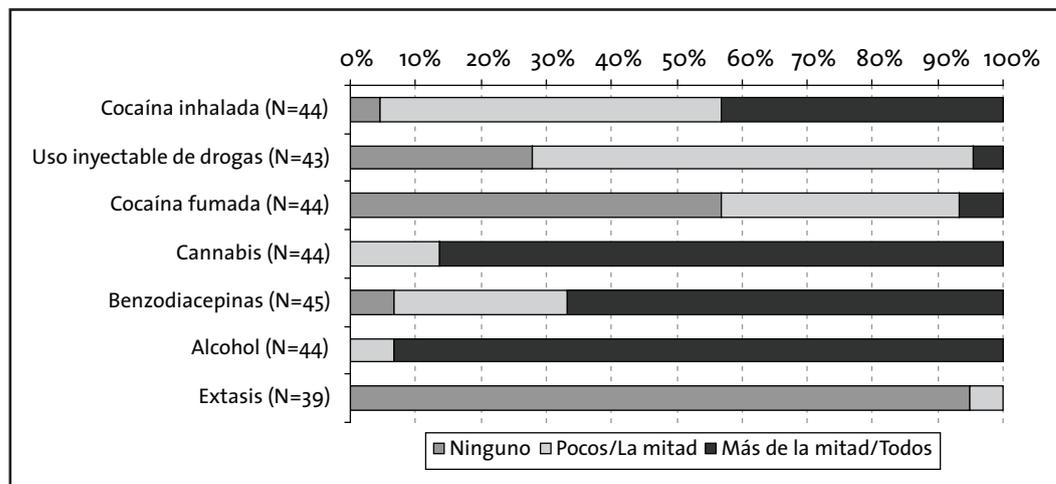
El 40,9% de los trabajadores indicó que los UD's llegaban acompañados a las consultas por familiares, parejas y eventualmente amigos, un 43,2% dijo que esto sucedía a veces y sólo el restante 15,9% señaló que llegaban solos.

Con respecto al conocimiento del uso de drogas, un porcentaje alto de trabajadores (86,4%) respondió que el entorno del paciente sabe que es usuario de drogas y sólo el 13,6% dijo que a veces saben y a veces no.

3.3. Percepción que tienen los trabajadores acerca del consumo de sus pacientes

Para describir qué representación tienen los trabajadores de la salud acerca de las características del consumo de drogas de sus pacientes, se les solicitó que indicaran con qué frecuencia sus *pacientes UD's* consumían diferentes tipos de sustancias (en una escala de 5 categorías que abarcan de “ninguno” a “todos”). De acuerdo a las respuestas, se puede observar que los trabajadores consideran que entre sus *pacientes UD's*, “más de la mitad o todos” consume alcohol y cannabis, seguido por el consumo de benzodiazepinas. Además, es importante el consumo de cocaína inhalada. Por el contrario, se reportó un muy bajo consumo de éxtasis. En cuanto al uso inyectable de drogas y la cocaína fumada (o PBC fumada llamada “paco”), fue muy bajo el porcentaje de trabajadores que dijeron que sus pacientes realizan estas prácticas (Gráfico 4). La pregunta formulada fue: “¿Qué prácticas relacionadas con el uso de drogas suelen referir sus pacientes?”

Gráfico 4. Percepción de los trabajadores de la salud acerca del consumo de drogas de sus pacientes



Los trabajadores señalaron otras drogas que suelen consumir frecuentemente sus pacientes UD, especialmente los más jóvenes y niños, como “pegamentos” o “solventes” (por ejemplo, “poxiran” y “tolueno”).

Se registró mayor percepción de consumo grupal que individual. La mayoría de los trabajadores (92,9%) manifestó que sus *pacientes UD* tenían vínculos (familiares, de pareja y de amistad) con otros UD. El entorno de amigos consumidores fueron las principales redes descriptas: “La junta, amigos” “Sí. Se conocen entre ellos”. Sólo en algunos casos se mencionó la pareja: “Primero los amigos, y después la pareja”.

Con respecto a las vías de consumo, la más nombrada fue la práctica de fumar (cannabis, especialmente). También estuvo presente en las respuestas la práctica de inhalar. Fueron solamente 4 casos que nombraron la vía inyectable como una práctica frecuente.

“Especialmente el consumo es grupal, consumo mezclado con cerveza, fármacos y marihuana, por ejemplo.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“En su mayoría consumen de forma grupal, combinan alcohol con fármacos y marihuana que es la más habitual en toda relación de los usuarios.” (Trabajador social, Centro de Salud)

“Grupal con más frecuencia, inhalables los más pequeños, inyectables un solo caso.” (Médico generalista, Centro de Salud)

La mayoría de las repuestas no fueron unívocas, sino que nombraron varios tipos de prácticas referidas en algunos casos a contextos, edad y sexo de los UD, tipo de sustancia y vía de consumo.

“El consumo grupal se da en niños y jóvenes. En los primeros, inhalables; en los jóvenes, además fumadas, inyectables, pastillas y alcohol. En las mujeres el consumo es individual, alcohol y psicofármacos.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“Consumo individual en los más grandes. Entre los jóvenes el consumo es casi siempre igual y con lo que consigan. Para los más chicos también el consumo es grupal y predominantemente inhalable.” (Trabajadora social, Servicio Social)

“Tienen consumo grupal, durante los fines de semana, salidas. Lo que circula bastante por la zona, es la cerveza y los psicofármacos.” (Psicóloga, Centro de Salud)

3.4. Uso y tipo de registro

Se observó que los trabajadores tienen varias formas de comunicación con sus pacientes y que de una manera u otra llegan al conocimiento acerca de sus prácticas de uso de drogas, pero ¿qué tipo de registros eran utilizados?

Prácticamente el total de los trabajadores (95,6% de N = 45) dijeron que utilizaban uno o varios registros estandarizados. Principalmente dijeron utilizar las historias clínicas, tanto la

historia clínica individual (o “común”) como la familiar. Estos dos tipos de modelos pueden ser utilizados de manera separada o combinada, entre sí o con otros tipo de registros. Sin embargo, la historia clínica familiar sólo fue referida entre los efectores del primer nivel de atención. La pregunta formulada fue: “¿Tienen alguna estandarización del/los registros? ¿Cuál?”

“Hay historias clínicas familiares, dentro de cada una se registra cada integrante de la familia Cuando hay un adicto aparece registrado.” (Psicólogo, Centro de Salud)

“Historia clínica común. No hay registro especial para usuarios de drogas.” (Médico, Hospital).

En menor medida fueron nombrados los registros propios de cada servicio o profesión, como es el caso del “informe social” para los trabajadores sociales. Pero también se utilizan una variedad de registros como: planillas, fichas, hojas (“hoja de enfermo”, “hoja de ruta”) e informes. En algunos casos, las planillas y las fichas se utilizan para construir datos estadísticos. Finalmente, fueron pocos los trabajadores que dijeron utilizar un “registro propio” o “personal”.

“Informes sociales del servicio, historia clínica común a todos los pacientes.” (Trabajador social, Hospital)

“Historias clínicas, planillas estadísticas, fichas personales.” (Médico psiquiatra, Hospital)

En Rosario, el modelo del sistema de salud, especialmente el nivel de atención primaria, introduce la ‘hoja de ruta’ o la ‘historia familiar’ como herramientas de registro que suelen abarcar más aspectos del sujeto y una mirada más integral de los problemas de salud que las ‘historias clínicas’.

CAPÍTULO 4

Acceso ampliado y problemas de continuidad

Al considerar los problemas de acceso a los servicios de salud por parte de la población son elementos básicos la continuidad y el seguimiento en los procesos de salud-enfermedad-atención. Por ello, el presente capítulo tratará específicamente a la *accesibilidad ampliada*, abordando los problemas vinculados a la **continuidad en el tiempo** de las consultas pautadas y los tratamientos.

En el marco de la accesibilidad ampliada, se presentan en primer lugar las percepciones sobre la frecuencia con que los UD's empiezan y abandonan los tratamientos y el grado de cumplimiento de las indicaciones. A continuación, se ofrecen los resultados obtenidos a partir de una pregunta abierta acerca de los motivos por los que consideran que los UD's no concurren a las consultas pautadas. Finalmente, con relación al regreso de los de los UD's a los servicios de salud luego de interrumpir un tratamiento, se describen las percepciones y estrategias que los trabajadores de la salud implementan en esas situaciones.

4.1. El proceso de accesibilidad ampliada para los usuarios de drogas

En el marco de los tratamientos en general, se indagó a través de una pregunta cerrada acerca de la frecuencia con la que los pacientes UD's comenzaban y abandonaban los tratamientos y cumplían con las indicaciones.

Casi la mitad (51,4%) de los trabajadores consultados (N = 35)³ respondió que los pacientes UD's *nunca o casi nunca* comenzaban los tratamientos. Por otro lado, hubo una importante cantidad de trabajadores (75% de N = 36) que respondieron que los pacientes UD's *siempre o casi siempre* abandonaban los tratamientos (Gráfico 5).

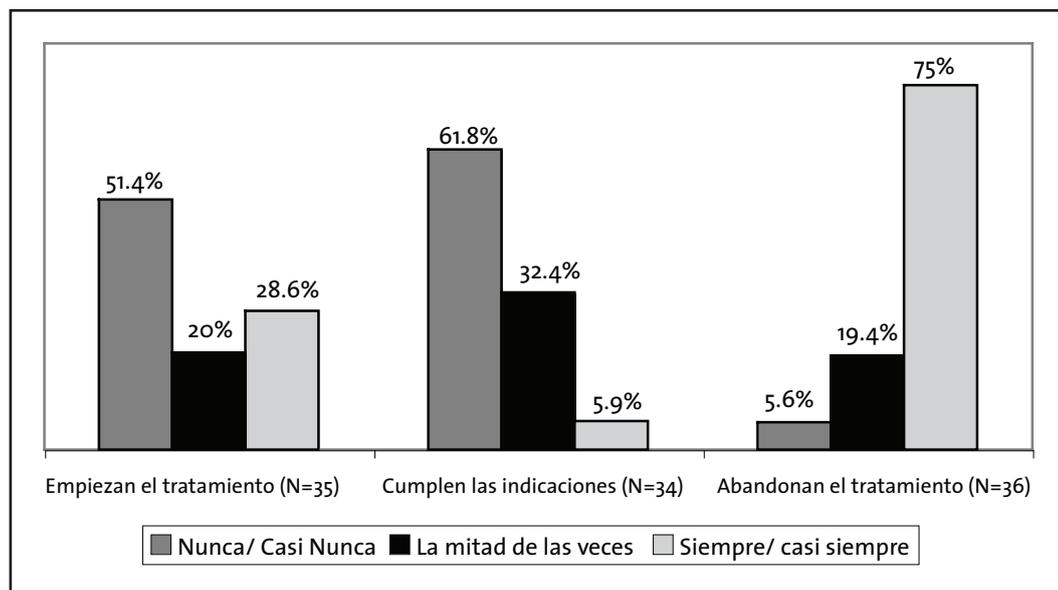
En cuanto a si los *pacientes UD's* cumplían con las indicaciones pautadas, en el 61,8% de los casos respondieron que *nunca o casi nunca* lo hacían. Esta lectura pone en evidencia un panorama problemático en el proceso de la accesibilidad ampliada, con un alto porcentaje de incumplimiento de las indicaciones y abandono de los tratamientos.

4.2. Motivos para la no concurrencia a las consultas pautadas

Dada la alta frecuencia con la que se produce la interrupción del tratamiento, se consultó a los trabajadores en forma específica acerca de los motivos por los cuales los UD's no concurrían a las consultas pautadas. Hubo un amplio espectro de respuestas que se pueden clasificar, según la diferenciación que hicieron los propios entrevistados, en dos grandes dimensiones. La primera refiere a los motivos relacionados con los pacientes UD's y la segunda engloba los motivos que refieren a las dificultades con los servicios ofrecidos, los tratamientos y los trabajadores.

³ Se excluyen del análisis a los trabajadores de los servicios de Guardia y aquellos que no respondieron esta pregunta.

Gráfico 5. Percepción de los trabajadores acerca de la frecuencia con la que los pacientes UD_s empiezan el tratamiento, cumplen con las indicaciones y abandonan el tratamiento



4.2.1. Motivos relacionados con los pacientes UD_s

Principalmente refieren a las barreras de tipo cultural (prácticas, hábitos, creencias y valoraciones de los UD_s) vinculadas o no a las prácticas de consumo de drogas. Hubo muy escasas menciones a problemas judiciales, económicos (costo del traslado), laborales y de las redes de los pacientes (Tabla 9).

Tabla 9. Motivos culturales de no concurrencia relacionados con los *pacientes UD_s*

Tipo de motivo	Ejemplos de respuestas	Cantidad de respuestas (N = 56)
Valores, creencias, hábitos	“La persona no registra como importante la consulta.” “No hay registro de la gravedad.” “No pueden sostener una lógica de tratamiento.” “Abandona controles y tratamiento por decisión personal.” “No hay una continuidad.” “Falta de voluntad.”	20
Prácticas relacionadas con el consumo de drogas	“Problemática subjetiva de la misma adicción.” “Se quedó consumiendo.” “Por la propia inestabilidad de la patología.” “Ante la imposibilidad de consumir.”	10

La gran mayoría de las respuestas de los trabajadores focalizaron el problema en el modo de vida de los pacientes UD_s, refiriéndose a prácticas, hábitos y valoraciones que tienen hacia su propia salud y que se engloban en la dimensión cultural. Esta interpretación estuvo reforzada por las argumentaciones de los trabajadores sobre cómo el consumo de drogas o su efecto moldea ese estilo de vida del sujeto (“No asiste por cómo es su vida”). Por este motivo, la falta de concurrencia a las consultas pautadas y la despreocupación por la propia salud fueron vinculadas directamente con la práctica de consumo de drogas: “Está impresentable. Drogado, no puede hablar”.

4.2.2. Motivos relacionados con los servicios, el tratamiento y los trabajadores

En los motivos relacionados con los servicios de salud se mencionaron barreras organizacionales, entre las cuales se considera principalmente el problema de la oferta de servicios. Otro punto importante dentro de esta dimensión fueron las barreras culturales que involucran la formación profesional, el modelo de salud y prejuicios de los trabajadores para atender este tipo de problemática. También se hicieron algunas menciones a los problemas de los pacientes UD con los tratamientos –poca adherencia o dificultad para sostener el tratamiento por parte de los pacientes asociadas sus expectativas o demandas (“no obtienen lo que esperaban”)– o problemas en la relación o el lazo trabajador-paciente.

A diferencia del punto anterior, hubo trabajadores que percibieron que las dificultades de acceso al tratamiento podían deberse al tipo de servicio que se ofrece. En algunas respuestas apareció una mirada crítica sobre la propia oferta de los servicios basada en las barreras culturales y que involucraban a la formación profesional de los trabajadores, a la manera en que se concibe o no el tema del uso de drogas como un problema de salud, y a las prácticas de los trabajadores. Es posible apreciar los tipos de motivos por los cuales los pacientes UD no concurren a las consultas pautadas, tanto en su distribución cuantitativa como en ejemplos de frases recurrentes de los trabajadores (Tabla 10).

Tabla 10. Motivos de no concurrencia relacionados con los servicios, tratamientos y trabajadores

Tipo de barrera	Ejemplos de respuestas	Cantidad de respuestas (N = 56)
Problemas con el tratamiento	“Inconstancia, no adherencia al proyecto de salud.” “No obtienen lo que esperaban.” “Poca adhesión al tratamiento.”	9
Culturales de los profesionales (paradigmas de salud-enfermedad)	“En los centros de salud, las adicciones no se “consideran problemas de salud.” “El sistema de salud representa la abstención.”	5
Problemas en la relación trabajador-paciente	“No se puede laburar el lazo.”	3
Organizacional (oferta de servicios)	“La oferta no seduce.” “Faltan recursos humanos capacitados y financiados.”	2

4.2.3. Síntesis

A partir de la lectura de estas respuestas sobre los problemas de la accesibilidad ampliada, se puede observar que las dificultades de acceso se atribuyen al propio sujeto que demanda un servicio de salud pero que no lo puede sostener en el tiempo. Para los trabajadores de la salud, los pacientes UD son responsables de estos problemas de acceso debido a sus propias costumbres, hábitos y valoraciones que se construyen alrededor de la práctica del consumo de drogas. Esta reducción del problema de la accesibilidad al propio sujeto o individuo, deja de lado los problemas organizacionales del servicio, lo cual fue un problema importante cuando se mencionaron las barreras de acceso inicial. Aunque cabe destacar que hubo respuestas que apuntaron a criticar el modelo o paradigma de salud-enfermedad con el cual se trata de trabajar la cuestión del uso de drogas.

Las respuestas que remiten a dificultades en el acceso ampliado a raíz de los problemas con el tratamiento, pueden estar asociadas también a las expectativas de los propios trabajadores, quienes esperan que el sujeto se comporte como un buen “paciente”, que sostenga en el tiempo un tratamiento o las consultas pautadas. Sin embargo, el paciente UD parece romper con ese esquema.

4.3. Motivos por los cuales los UD's "regresan" al tratamiento

Los trabajadores de la salud fueron consultados acerca de los motivos por los cuales los UD's retoman los tratamientos. En general, las respuestas señalaron que lo hacen en momentos de urgencias, en mayor medida cuando existen dolencias físicas o problemas subjetivos relacionados con el consumo de drogas, pero también en crisis emocionales o afectivas con la red familiar, pareja y amigos. En algunos casos esta crisis, entendida como un malestar subjetivo, fue descrito como "miedo" o "susto" ante ciertas situaciones que involucraban a algún miembro de la red o a los propios pacientes UD's. La pregunta formulada fue: "¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que los UD's retoman los tratamientos?"

"Urgencias. Momento de ruptura subjetiva, una marca en el cuerpo." (Trabajadora social, Centro de Salud)

"Crisis subjetiva u orgánica. Crisis familiar." (Psicóloga, Centro de Salud)

"Por una enfermedad que obligue a la internación o cuando 'tocan fondo'. (Médica clínica, servicio de Clínica)

"Sí, por alguna urgencia o dolencia que los asusta." (Médico generalista, Centro de Salud)

Cuando las crisis estuvieron asociadas a las redes de los pacientes UD's, los trabajadores observaron que el susto o miedo de los UD's no era sólo con respecto a sí mismo sino también a sus afectos.

"Hechos personales como el nacimiento de un hijo infectado o la muerte de la pareja, amigo o la madre. El tema de la muerte los toca mucho, se derrumba la invulnerabilidad con la que se sienten. Esto se da con mayor frecuencia, que retomen por alguna patología clínica." (Médico Infectólogo, servicio de Infectología)

Al igual que en la muestra de Buenos Aires, en la mayoría de los casos estas situaciones fueron descritas como problemáticas, como situaciones de quiebre o límite del sujeto que lo llevan a demandar nuevamente. Los trabajadores coincidieron en señalar dos características propias de los pacientes UD's: que la demanda suele ser discontinua y que el regreso al tratamiento está marcado por momentos de crisis.

"Cuando cayeron mal, se produce un quiebre. Cuando a partir del consumo se le va complicando la vida." (Trabajadora social, Servicio Social)

"Urgencias subjetivas: angustia, pensamiento suicida, intento de suicidio, violencia." (Psicóloga, Centro de Salud)

Fueron muy pocos los casos en donde se describió que los UD's regresaban al tratamiento porque querían "rescatarse", tomando la decisión de atender sus problemas de salud o porque su red colaboraba con ellos para que retomen el tratamiento.

"Cuando se enamoran apuestan a cosas diferentes." (Trabajador social, Centro de Salud)

"Por urgencias, insistencia de los familiares o cuando está lúcido, quiere retomar." (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

"Por propia voluntad no plantean "quiero dejar de consumir." (Trabajadora social, Servicio Social)

"Porque hay intención de dejar de consumir. Cada tanto desaparecen y después vuelven, les cuesta mucho." (Médica psiquiatra, servicio de Salud Mental)

Es importante observar que los trabajadores de la salud perciben que para los UD's, el consumo más que una práctica lineal, es una práctica discontinua y cíclica, que se modifica en el transcurso de la vida de un usuario de drogas. Como se mencionó en el capítulo 4 de los resultados de la ciudad de Buenos Aires, los estudios sobre las prácticas de consumo muestran esta discontinuidad en las prácticas y la búsqueda de los UD's de "rescatarse" en ciertos ciclos o períodos.

Los testimonios de los trabajadores muestran la complejidad de motivaciones que intervienen en el acercamiento o la distancia a 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, como vimos en el caso de las interpretaciones de los trabajadores de la salud sobre la cultura del UD; interpretaciones que en tantos casos impiden comprender y buscar la mejor manera de atender estos momentos de crisis de los usuarios de drogas.

4.4. Estrategias de los trabajadores de la salud ante la interrupción de los tratamientos

El problema de la discontinuidad en los procesos de salud-enfermedad-atención es entendido por algunos entrevistados como una característica aún más acentuada y específica de los UD. Por lo tanto, se indagó sobre cómo los trabajadores entrevistados conciben las interrupciones y los retornos a los tratamientos y qué estrategias implementan.

En primer lugar, como se pudo observar en el punto anterior, hay un reconocimiento por parte de los trabajadores de la salud que las interrupciones de los tratamientos son frecuentes y forman parte del trabajo con UD. Muy pocos expresan que estas interrupciones generan “frustración” e “impotencia”. En este sentido, la pregunta formulada fue: “Cuando los UD retoman los tratamientos, ¿cómo maneja las situaciones?”

“Si vuelve a tomar es una cuestión que es parte del trabajo con la problemática.” (Trabajador social, Centro de Salud)

“Es muy común en los adictos el abandono o la poca adhesión al tratamiento, por lo tanto se maneja o se intenta abordar interdisciplinariamente.” (Médica clínica, Hospital)

Esta última respuesta fue una característica reiterada. Tanto las consultas con otros trabajadores o servicios, como las intervenciones interdisciplinarias, fueron nombradas como estrategias para manejar las situaciones de abandono y retorno a los tratamientos. En algunos casos, los trabajadores también buscaron apoyo en las redes de los UD (familia, red de pares, etc.).

“Siempre tratando de contener, de abrir el rango para ver que pasó en ese tiempo. Buscar apoyo de la trabajadora social, o la psicóloga y trabajar en conjunto.” (Médico, Centro de Salud)

“Trato de hacer contención, de cautivar, buscando una continuidad, claro que con el apoyo de otros profesionales.” (Trabajador social, Centro de Salud)

“Se intenta hacer una escucha más interdisciplinaria, del deseo, posibilidades más cotidianas. Se trabaja con otras instituciones.” (Trabajadora social, Centro de Salud)

“Vuelvo a insistir en conectarlo a grupos que los pueden ayudar. Apoyo comunitario, busco a otros referentes para alejarlos de su circuito de consumo; pero a partir del planteamiento del paciente.” (Trabajador social, Servicio Social)

Básicamente, las estrategias se centraron en *hablar y escuchar* a los pacientes UD para retomar el tratamiento. Pero, como señalaron algunos trabajadores, las estrategias “dependen de cada caso”. Sin embargo, se observó que los trabajadores están dispuestos a comenzar nuevamente tratando de fortalecer el vínculo con los pacientes UD y sostener el tratamiento.

“No lo juzgo ni castigo, es una víctima, recomiendo que no se drogue pero no lo rechazo, insisto en que continúe con el tratamiento.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Potencio la escucha.” (Trabajador social, Centro de Salud)

“Intento, trato (aclara), de hacer un repaso de lo trabajado, de ver con qué expectativas vienen, vuelven.” (Psicóloga, Centro de Salud)

El regreso de los UD es percibido por los trabajadores como un momento de “oportunidad” para comenzar de cero o retomar en el punto donde se había interrumpido el proceso, analizando por qué se interrumpió y estableciendo nuevamente las pautas de trabajo.

“La recepción. Cuando hay una “pequeña luz de demanda” se aprovecha.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“Le doy nuevas oportunidades.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“Comenzamos nuevamente, o mejor dicho: continuamos el tratamiento.” (Psicólogo, servicio de Salud Mental)

“Trato de hablar del tema del por qué no vino, y continuar.” (Médico generalista, Centro de Salud)

“Le ofrezco una nueva posibilidad y trato de trabajar sobre lo importante de la continuidad y que esto depende de su propia decisión y convencimiento de querer cambiar.” (Médica generalista, Centro de Salud)

4.4.1. Síntesis

A partir de la percepción de la práctica de uso de drogas como discontinua, que el sujeto “va y vuelve” en su demanda por un servicio de salud, los trabajadores implementaron diversas estrategias para recepcionar nuevamente al paciente UD y tratar de continuar con la atención. La respuesta integral, interdisciplinaria, fue una de las estrategias más nombradas ante las situaciones de interrupción y retorno al tratamiento. La experiencia en los centros de salud también permitió delinear estrategias de intervención comunitaria para facilitar el regreso al tratamiento de los pacientes UD.

Estas prácticas de los trabajadores, que facilitan el acceso ampliado para los UD, parecen surgir de la misma experiencia de trabajo antes que de la propia formación profesional.

CAPÍTULO 5

Capacitaciones y propuestas

La instancia final del cuestionario indagó sobre los recursos con los que cuentan los trabajadores de la salud para satisfacer la demanda de salud de los usuarios de drogas. Se preguntó especialmente acerca de las capacitaciones que recibieron y en qué medida resultaron suficientes para desempeñar sus respectivos trabajos. Finalmente, se solicitó a los trabajadores una serie de propuestas que, según su opinión, mejorarían la accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud.

5.1. Capacitaciones

En primer lugar, hay que señalar que el 82% de los entrevistados (N = 45) respondió que **no** son suficientes los recursos con los que cuentan para atender la demanda de los UD's y el 93% dijo que era necesario recibir algún tipo de capacitación en el tema. Esta opinión fue congruente con el alto porcentaje (52%) de trabajadores que no había realizado ninguna capacitación acerca del uso de drogas y con la evaluación que realizaron quienes se habían capacitado. En gran medida las evaluaron como "suficientes",⁴ pero un tercio respondió que fueron "insuficientes". Estos trabajadores habían realizado estas capacitaciones por cuenta propia, sólo 6 de ellos manifestaron que la institución para la cual trabajaban les solicitó capacitarse y generó los medios para su realización.

Finalmente, se observó una diferencia importante entre quienes habían realizado capacitaciones y quienes no lo habían hecho, según el tipo de profesión. Los trabajadores de salud mental, como los psicólogos y médicos psiquiatras entrevistados, habían realizado capacitaciones, lo contrario de los médicos clínicos y generalistas. En el caso de los trabajadores sociales, menos de la mitad de ellos había sido capacitado en el tema específico.

5.2. Propuestas

Los trabajadores de la salud dieron, por último, sus opiniones y propuestas para introducir cambios que mejorarían la accesibilidad de los UD's al sistema de salud. Estas respuestas estuvieron basadas en la siguiente pregunta hipotética: "Si usted fuese gestor de políticas ¿qué cambios haría para mejorar el acceso de los usuarios de drogas a los servicios de la salud?"

Los entrevistados ofrecieron una serie de propuestas heterogéneas, poniendo el foco en diversidad de temas, basados a veces en diferentes diagnósticos pero, en general, hubo algunos puntos en común especialmente si se observan las respuestas según el tipo de efector al que pertenecen.

⁴ Se les propuso que evaluaran la capacitación con la siguiente escala: insuficiente, suficiente, muy suficiente.

Por ejemplo, una de las propuestas más recurrentes entre los trabajadores de los hospitales estuvo basada en la idea de la especialización. Es decir, la creación o implementación de servicios, equipos o personal capacitado y especializado para la atención de los UD. En algunos casos se menciona al servicio salud mental como el especializado para estos pacientes: “contar con un equipo de salud mental las 24 horas para poder contactar rápidamente a los usuarios de drogas”, “urgencias psiquiátricas las 24 horas”.

“Disponer de un servicio interdisciplinario permanente para contener al adicto y su problemática social en cualquier momento que lo quisiera y a sus familiares.” (Médica clínica, Hospital).

“Crear servicios específicos que sepan de la problemática.” (Trabajadora social, Servicio Social).

“Equipos con gente idónea para el tema de adicciones, un dispositivo más integral. Lo que el paciente encuentra son respuestas individuales.” (Trabajadora social, Servicio Social).

Además de la especialización, se sugirieron “dispositivos integrales”.

“Dispositivos específicos para la adicción, que funcionen integrados y que permitan así la continuidad del tratamiento en una misma línea. Espacio físico adecuado para desintoxicación, abstinencia de opiáceos. Dispositivos de inclusión para los jóvenes.” (Psicóloga, servicio de Salud Mental)

“Formación de los profesionales, ya que hay mucho rechazo de los usuarios de drogas (no los de salud mental), por ejemplo el que tengan que dejar de consumir para continuar tratamiento. Un mayor acompañamiento de los pacientes usuarios de drogas. Faltan instituciones adecuadas, no admiten a pacientes con abstinencia o trastornos psiquiátricos, o le suprimen medicación sustituta que indicamos.” (Médica psiquiatra, Servicio Social)

Para algunos trabajadores de los hospitales es necesario que la atención a los UD se lleve a cabo en un lugar especializado fuera del hospital, como un centro de día o de rehabilitación, o aumentar la cantidad de centros existentes (“Que haya más centros de atención y prevención”).

“Trataría de habilitar lugares para que se puedan realizar rehabilitaciones.” (Médica clínica, Centro de Salud)

“Narcóticos anónimos o alcohólicos anónimos, cuando pasan por estas instituciones tienen otra mirada, más conciencia de su problemática. También se necesita más cantidad de instituciones específicas con un modelo distinto al actual, por ejemplo, la abstinencia se hace aún en el hospital y después recién puede ir a la institución, cuando ya no consumen.” (Médica psiquiatra, Centro de Salud)

En el caso de los trabajadores de los centros de salud fueron frecuentes las propuestas que apuntaron a la intervención comunitaria como una forma de mejorar la accesibilidad, apareciendo como fundamental el generar redes y vínculos entre el centro de salud y los diferentes grupos sociales.

“En atención primaria, trabajo en los barrios, que los servicios de salud se acerquen a los barrios.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“Priorizar la necesidad de trabajar con estas problemáticas desde el sistema de salud. Profundizar el trabajo a nivel grupal y local, cara a cara, más vincular con la población. Adecuar la posibilidad de tratamiento y asistencia.” (Trabajadora social, Centro de Salud)

“Mayor trabajo social, que relacione o contacte a los pacientes con el centro de salud.” (Médica, Centro de Salud)

“Tendría que haber más trabajo afuera, en la comunidad, afuera del edificio.” (Médico generalista, Centro de Salud)

En ambos efectores hubo trabajadores que propusieron más campañas de prevención actuando en la comunidad, en las escuelas y con jóvenes. También se apuntó a la realización de campañas publicitarias que difundieran información no sólo preventiva, sino también la oferta de centros para la atención.

“Publicidad sobre los lugares de tratamiento de la adicción.” (Médica, servicio de Guardia)

“Informar sobre los servicios de salud, centro de rehabilitación.” (Médica clínica, servicio de Guardia)

“Apuntaría a la prevención en los niños, talleres grupales de prevención. Son muy útiles.” (Médica psiquiatra, servicio de Salud Mental)

“Brindaría más información y promocionaría que por problemas de drogas se pueda recurrir a un centro de salud, evaluando primero la capacidad de respuesta. Convocar a la población.” (Psicólogo, Centro de Salud)

También estuvieron presentes, aunque en pocos entrevistados, las demandas y propuestas relacionadas con el mejoramiento organizacional que evite la burocracia (turnos, horarios, circuitos) y las referidas a la falta de recursos. Todas estas propuestas involucraron, generalmente, cambios en el funcionamiento organizacional del sistema de salud.

“Daría más horas de atención por fuera de los consultorios para hacer trabajos comunitarios, sino es como si no hubiera trabajado.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“Hacer más ágil el sistema, menos burocracia, mayor presupuesto.” (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

“También que el acceso al servicio sea por necesidad del paciente y que no se ajuste a la burocracia y tiempo institucional.” (Médica generalista, Centro de Salud)

Un grupo de propuestas mencionaron la importancia de un cambio en el modo en que se piensa y se actúa en la cuestión del uso de drogas desde las diferentes disciplinas. Esto implica rever el modo en que se construye el uso de drogas como un problema de salud. Este tipo de propuesta fue muy frecuente entre los trabajadores de los centros de salud, no así entre quienes trabajan en los hospitales.

“Considerar la problemática de los usuarios desde las raíces y entender la historia de estas problemáticas e ir trabajando en esas historias. ¿Cómo se llegó a esta situación? Considerar la singularidad de los problemas de los usuarios” (Médico, Centro de Salud).

“De alguna manera sería comprometer a otras disciplinas fuera del campo médico.” (Trabajador social, Centro de Salud)

“Pensar la salud y enfermedad de otra manera proponer otro tipo de actividades que no se limiten exclusivamente al consultorio.” (Psicóloga, Centro de Salud)

“Pensar el problema en forma amplia con todos los actores y no hacerlo en forma individual, cada especialista por su lado.” (Médica generalista, Centro de Salud)

“El tema del usuario de drogas tiene que ser un tema de ayuda, un tema de salud cotidiano.” (Trabajadora social, Centro de Salud)

“Tratar de abordar el tema desde otra versión, trabajar para que haya otras ofertas que no impliquen la represión.” (Psicóloga, Centro de Salud)

En la muestra de Rosario, por sugerencia del Programa Municipal de Sida, se agregaron cuatro preguntas acerca de las políticas de reducción de los daños asociados al uso de drogas, que fueron contestadas por 38 trabajadores de la salud.

Dos tercios de los entrevistados (28/38) dijeron conocer las políticas de reducción de daños. Las acciones de reducción de daños más conocidas (27/38) fueron la entrega de equipos de inyección segura y las recomendaciones acerca de no compartir las jeringas. Luego, tanto la entrega de preservativos como la sustitución de sustancias fueron nombradas por la mitad de los entrevistados. Casi todos los entrevistados nombraron más de una acción, aunque en pocos casos se mencionaron estrategias comunicacionales, educativas e informativas.

"Tratamientos con drogas menos nocivas, con psicofármacos, entregar materiales descartables." (Trabajador social, Centro de Salud)

"Reemplazo de drogas duras por blandas, prevención de contagio, entrega de jeringas y preservativos, terapia farmacológica de reemplazo." (Médico generalista, Centro de Salud)

Más de la mitad de la muestra había desarrollado alguna acción de reducción de daños, especialmente la sugerencia del uso y/o la entrega de preservativos. Incluso varios trabajadores de la salud que no decían que desarrollaban acciones de reducción de daños, habían sugerido el uso de preservativo a sus pacientes.

"Sí. Cambio de vida, reducción de dosis, esperar sus tiempos." (Médico infectólogo, servicio de Infectología)

"Ofrecer preservativos, seguimiento." (Médico generalista, Centro de Salud)

Cuando se indagó si consideraban necesarias las políticas de reducción de daños, la mayoría (31/38) contestó que sí, pero varios aclararon que deben ser focalizadas y no masivas. También algunos señalaron que hay que adaptarlas a los contextos y no “implantar modelos” sin considerar las particularidades locales. Otros dijeron que hay que pensar estas estrategias de acuerdo a la singularidad del “caso a caso”, y un entrevistado sugirió “protocolizar” la reducción de daños.

"Sí, pero que estas políticas sean un elemento más, una estrategia más para cierto sector. No hay número considerable de usuarios de drogas inyectables por ejemplo." (Trabajador social, Centro de Salud)

"Sí, pero no son suficientes por sí solas no resuelven. Actúa sobre el efecto, no va apuntando a reducir el número de personas que consumen. Hay que acompañarlos con trabajo de prevención." (Médico, Centro de Salud)

Los que consideraban que estas políticas no son necesarias y que no las implementarían, argumentaron que "no están de acuerdo con entregas masivas de jeringas o preservativos" y que "no están bien adaptadas" a nuestro país. Varias de estas respuestas están ancladas en la percepción de la reducción de daños sólo como entrega de jeringas, perdiendo de vista la gama de posibles acciones relacionadas con este paradigma de intervención.

Los 31 entrevistados que dijeron que sí estarían dispuestos a realizar acciones de reducción de daños refirieron algunas condiciones que debían ser tenidas en cuenta como: enmarcarlas en el contexto de otras intervenciones de atención primaria y prevención y trabajar el seguimiento.

"Sí, son fundamentales." (Trabajador social, Centro de Salud)

"Sí, es un desafío interesante." (Trabajadora social, Servicio Social)

5.3. Síntesis

La capacitación y la especialización para la atención a usuarios de drogas fueron demandas recurrentes entre los trabajadores en el sistema público de salud del Municipio de Rosario. Aunque se reitera la importancia de trabajar en el tema incluyendo las múltiples perspectivas disciplinarias, los problemas relacionados con el consumo de drogas se asocian más habitualmente al campo de la salud mental, poniendo de ese modo más énfasis en circunscribir las dificultades en el individuo y su familia.

Las propuestas realizadas por los trabajadores de la salud entrevistados para mejorar el acceso de los UD, aluden tanto a dificultades propias de la institución con la que trabajan, como a deficiencias del sistema de salud en general. Muchas de las propuestas siguen la línea de especialización y diferenciación de los dispositivos y las instituciones de atención, convalidando la visión de la necesidad de separar a los usuarios de drogas de otros pacientes y formas de tratamiento.

Sin embargo, también apareció con insistencia la necesidad de modificar el enfoque y la concepción de la atención, especialmente en las propuestas que aluden a la intervención comunitaria alejándose así de la interpretación del problema circunscrito al individuo y a su familia para acercarse a una visión que trabaje el tema en las redes de pares y los contextos de uso de drogas.

Bibliografía

Bibliografía citada

- Arredondo, A. y V. Meléndez (1992): "Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis", *Salud Pública de México*. Vol. 34, nº 1 (ene. feb.).
- 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.
- Bordenave, A., M. Vila y S. Weller (2006): "Vivir con VIH-sida en Buenos Aires", *Infosida*, Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 5, nº 5, p. 38-43 (dic.).
- Comisión Especial Impacto Psicosocial del VIH-sida (1998): "Actitudes y prácticas sobre VIH-Sida. Encuesta anónima a médicos y practicantes", *Revista Médica del Uruguay*, 14: 5-21.
- Ferrara, F. (1985): *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos.
- Jodelet, D. (1986): "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en S. Moscovici (comp.) *Psicología Social*, tomo I y II. Barcelona: Paidós.
- Jodelet, D. (1989): "Representaciones sociales: un dominio en expansión", *Las representaciones sociales*. París: PUF.
- Llovet, J. J. (1989): *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*. Buenos Aires: CEDES-Humanitas.
- Mann, J. (1998): *Health and Human Rights: a Reader*. Londres: Routledge.
- Marková, I. (1996): "En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales", en D. Páez y A. Blanco (ed.) *La teoría sociocultural y la Psicología Social actual*. Madrid: Aprendizaje.
- Megías, E. (2000): "Organización de los servicios asistenciales", en Grup Igia y col. *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Madrid: Ajuntament de Barcelona-FAD.
- Menéndez, E. (1994): "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?", *Alteridades*. UAM-Iztapalapa. Año 7, nº 7.
- Merhy, E. y R. Onocko (1997): *Agir em saúde um desafio para o público*. San Pablo: Huicitec-Buenos Aires: Lugar.
- Moscovici, S. (1961): *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Parker R., D. Easton, C. H. Klein (2000): "Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research", *AIDS*, 14 (supl 1): S22-S23.
- 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.
- Rossi D. (org.) (2001): *Sida y drogas. Reducción de daños en el cono Sur*. Buenos Aires: Programa conjunto de las Naciones Unidas para el sida-Intercambios Asociación Civil-Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA-ETS.
- Rossi, D. y V. Rangugni (2004): *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-ONUSIDA-ONUDD.
- 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, nº 3 (jul. set.).
- Touzé, G., D. Rossi, P. Cymerman, N. Ereñú, S. Faraone, P. Goltzman, E. Rojas y S. Vásquez (1999): *Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

- Touzé, G. (2006): *Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Wallace, S. y V. Eriquez-Hass (2001): “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos”, *Revista Panamericana de Salud Pública*. 10 (1).

Informes y documentos

- Boletín Oficial (1999): Ley Básica de Salud. N° 153, 28 de mayo.
- Comes, Y. (2003): “Accesibilidad: una revisión conceptual”, documento laboris, proyecto de investigación *Equity and Decentralization: Accessibility of poor families from Buenos Aires province to health public services of Buenos Aires City*. Buenos Aires: International Development Research Centre of Canadá. Mimeo.
- Comes, Y., A. Regalía, J. Chaui, R. Forlenza (2004): *Hepatitis “A” en la Ciudad de Buenos Aires: estudio de las series temporales, la situación actual, las desigualdades y los riesgos ambientales involucrados*. Buenos Aires: Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [en línea] http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/epidemiologia/hepatitis.php?menu_id=16474 [consulta julio de 2007].
- GCBA (2003): “Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires”, *Infosida*. Coordinación Sida. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Año 3 (oct.).
- GCBA (2006): “Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires”, *Infosida*. Coordinación Sida, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Año 6 (dic.).
- GCBA (2007): Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires [en línea] <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sistemas.salud/> [consulta julio de 2007].
- Hernández Avila, J. y otros (2005). *Modelo de evaluación espacial de cobertura, accesibilidad y calidad del sistema hospitalario de la SSA y desarrollo de estándares de desempeño*. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS). Instituto Nacional de Salud Pública. [en línea] www.insp.mx/2005/proy05.pdf. [consulta julio de 2007]
- Margulies, S., S. Tiscornia, L. Eilbaum, M. Nino y O. Nicolini (2003): “Acceso al sistema público de salud”, *Cuadernos de trabajo del Instituto de Estudios e Investigaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. N° 5.
- Ministerio de Salud (2005): Boletín sobre VIH/sida en la Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Año X, n° 24 (dic.).
- Municipio de Rosario (2007): Red de Salud, [en línea] www.rosario.gov.ar/sitio/salud/sistemasalud1.jsp?nivel=Salud&ult=S_1# [consulta julio de 2007].
- Red Global de Personas que Viven con VIH/sida y Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/sida (2005): “Documento de Posición sobre Usuarios de Drogas Inyectables y Acceso a Tratamiento para el VIH”. Amsterdam-Londres. [en línea] www.icw.org/tiki-download_file.php?fileId=182 [consulta julio de 2007]
- 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]
- Rovere, M. (2005): “Una ciudad modelo en salud pública”, *Experiencia Rosario “Políticas para la Gobernabilidad”*, Proyecto Regional de Gobernabilidad Local para América Latina, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) [en línea] www.logos.undp.org.co/fileadmin/docs/Experiencia_Rosario/Eje_Salud.pdf [consulta julio de 2007].

Bibliografía consultada

- Celentano D. D., D. Vlahov, S. Cohn y otros (1998): “Self-reported antiretroviral therapy in injection drug users”, *JAMA*, 280 (6): 544-546.
- Infante, C. y otros (2006): “El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México”, *Revista de Salud Pública de México*. Vol 48, n° 2 (mar. abr.) p. 141-150.
- Knobel H., A. Carmona, S. Grau y otros (1998): “Strategies to optimize adherence to highly active antiretroviral treatment”. 12th International AIDS Conference. Geneva, Switzerland. Abstract 32322.
- Linas, B. y M. Vila (2002): “¿Es posible tratar a los usuarios de drogas con terapias antirretrovirales?”, *Infosida*. Coordinación Sida, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2, n° 2 (oct.).
- Magis Rodriguez C., L. F. Marques y G. Touzé (2002): “HIV and injection drug use in Latin America”, *AIDS*. 16 (Supl 3): 34-41.
- Maulen, S. (2004): “¿De qué mueren los que mueren de sida?”, *Infosida*. Coordinación Sida, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 4, n° 4 (oct.).
- Mocroft A., S. Madge, A. M. Johnson y otros (1999): “A comparison of exposure groups in the EuroSIDA study: starting highly active antiretroviral therapy (HAART), response to HAART, and survival”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 22 (4) 369-378.
- Paredes R., A. Mocroft, K. Ole y otros (2000): “Predictors of virologic success and ensuing failure in HIV-positive patients starting highly active antiretroviral therapy in Europe: Results from the EuroSIDA study”, *Archives of Internal Medicine*.

- Pawlowicz, M. P., D. Rossi y G. Touzé (2006): "Uso de pasta base de cocaína en Buenos Aires", en G. Touzé *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.
- Pérez Chávez, K., P. Gaillard, M. Nabergoi, R. G. Longo, L. Grippo (2003): "Actos de salud con niño/as y jóvenes. Persistencias, desenclaves y reflexividad", *Anuario de Publicaciones XI*. Secretaría de investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Procupet, A. (2001): "Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en Argentina", *Revista-libro Ensayos y Experiencias*. Año 7, n° 39. Buenos Aires: Red Argentina de Reducción de Daños-Novedades Educativas.
- Samaja, J. Alfonso (1993): *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*, Colección Temas. Buenos Aires: Eudeba.
- Samet J. H., H. Libman, K. A. Steger y otros (1992): "Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus, type 1: a cross-sectional study in a municipal hospital clinic", *American Journal of Medicine*.
- Silberberg, M., D. Rossi, M. P. Pawlowicz, D. Zunino Singh, L. Orsetti, P. Goltzman, P. Cymerman y G. Touzé (2005): "Uso de drogas. Representaciones sociales acerca de los dispositivos de atención". Ponencia, Terceras Jornadas de Investigación en Trabajo Social: "La investigación en Trabajo Social en el contexto Latinoamericano", Paraná, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Sosa Estani, S., D. Rossi y M. Weissenbacher (2003): "Epidemiology of HIV/AIDS injecting drug users in Argentina: High seroprevalence of HIV infection" *Clinical Infectious Diseases*, 37 (Supl. 5): 338-42.
- Stolkiner, A., Comes Y. y R. Solitario (2003): "Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense", *Serie Seminarios Salud y Política Pública*. (jun.). Buenos Aires: CEDES.
- Tyndall, M., B. Yip, R. Hogg y otros (2000): "Coverage, adherence, and sustainability of antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver, Canada". 13th International AIDS Conference, Durban, Sudáfrica.
- Vila, M., L. Martínez Peralta, L. Radulich, J. Rey, J., D. Rossi, S. Sosa Estani, L. Vivas, M. Weissenbacher (2001): "Estudio de seroprevalencia de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables". III Congreso de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia, Córdoba, Argentina.
- Zaldúa, G. y M. T. Lodieu (1998): "Dilemas éticos relacionados con el síndrome de Burnout", IV Jornadas de Bioética. Facultad de Derecho, UBA, Buenos Aires. Mimeo.