

“La cabeza piensa donde los pies pisan”

Reflexiones sobre una experiencia local de trabajo con personas que atraviesan situaciones de uso de sustancias psicoactivas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Por Camila Cánepa

Camila Cánepa. Licenciada en Servicio Social. Residente Trabajo Social, Hospital Piñero, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción

El siguiente trabajo es el escrito final del tránsito por la Residencia de Trabajo Social en el Sistema Público de Salud de la Ciudad de Buenos Aires¹. Surge de la propia reflexión de la práctica e inserción en dispositivos del Sistema de Salud, escenario que habilitó el conocimiento de distintos actores y formas de intervención en la compleja problemática del uso de sustancias psicoactivas en escenarios de vulnerabilidad social.

Se menciona como compleja al comprender que el uso de sustancias psicoactivas es tan solo parte de un entramado de situaciones que atraviesan las personas, siendo imposible analizarla o abordarla de manera fragmentada o aislada del contexto integral de la situación social, de salud y económica de les² usuaries.

El escrito aborda la cuestión del uso de sustancias psicoactivas dentro del campo de la salud integral, vinculada al resto de aspectos y necesidades que hacen a la calidad de vida de las personas y teniendo en cuenta sus trayectorias singulares. El mismo pretende aportar información sobre las modalidades de atención en la temática y narrar una experiencia única y concreta de abordaje que permita difundir sus prácticas y potenciar e incentivar la construcción de nuevos espacios, fomentar el debate interno en los equipos de Salud y tensionar la elaboración y ejecución de políticas públicas acordes a la complejidad de la temática resulta fundamental.

A partir de estas inquietudes se construyó el siguiente desarrollo, utilizando fuentes primarias, como registros de campo y fuentes secundarias, como bibliografía y escritos elaborados previamente de propia autoría.

En la primer parte se realiza una descripción del contexto actual de la política pública en relación a Salud Mental y su marco legal vigente a nivel nacional y de la CABA, así como las perspectivas predominantes de abordaje del consumo de sustancias psicoactivas. En la segunda parte se caracteriza, desde la propia experiencia, la modalidad de atención de un dispositivo de abordaje

1 Luego será referida como CABA.

2 De manera transversal a todo el documento se utilizará el lenguaje inclusivo en la escritura.

local en la Zona Sur de la CABA perteneciente al Sistema Público de Salud, aportando datos epidemiológicos y demográficos para lograr una descripción de su ubicación territorial y las características de dicho contexto. Por último, partiendo del campo disciplinar al cual pertenezco, se presenta una reflexión sobre las tensiones, facilitadores y desafíos que se van presentando para el Trabajo Social a la hora de construir estrategias de intervención en la temática.

Objetivo General:

Reflexionar sobre las prácticas e identificar desafíos en relación a la intervención con usuaries que atraviesan situaciones de consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito de Salud y los escenarios posibles de abordaje desde Trabajo Social.

Objetivos Específicos:

- Realizar una aproximación analítica al campo de la Salud Mental en general y en relación al uso de sustancias psicoactivas en particular: perspectivas, marco legal vigente, modalidades de abordaje.
- Caracterizar y analizar un dispositivo existente de abordaje en la temática perteneciente al sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Reflexionar acerca de los facilitadores, obstáculos, tensiones y desafíos que se presentan para el Trabajo Social en estos contextos.

Salud Mental en Argentina, marco vigente

Previo a desarrollar en profundidad la temática de abordaje y las reflexiones en relación a la misma desde la práctica de intervención profesional, resulta fundamental esclarecer desde qué marco legal y de política pública hablamos cuando hacemos mención a la Salud Mental, para comprender los cambios de mirada sobre la temática en el último tiempo y la aparición de nuevos modelos de intervención.

Las declaraciones de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley de Salud Mental de la CABA N° 448, nos han ubicado en los últimos años en un contexto de cambio paradigmático de lógicas, políticas y prácticas en lo que concierne a esta temática.

Ambas legislaciones han descrito lineamientos rectores para el abordaje de la Salud Mental, entre los cuales se destaca que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, en el marco del territorio local de las personas y mediante una intervención interdisciplinaria e intersectorial, basado en los principios de Atención Primaria de la Salud, dirigido a reforzar, restituir y promover los lazos sociales. Dispone la necesidad de desarrollar redes de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria.

En la segunda mitad del Siglo XX en posguerra, las políticas en salud mental propugnaban la desaparición de la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos. [...]En 1990, la

Declaración de Caracas, conclusión de la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina de la OMS/OPS, planteaba la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud (Stolkiner, 2007:65).

Entre las tendencias deseables de esta reforma en Salud Mental se establecen: centrarse en el concepto de sufrimiento psíquico o padecimiento y no el de enfermedad mental; la ruptura de la representación de la locura asociada a la peligrosidad; la propuesta de formas ambulatorias de atención integradas a la comunidad; el abordaje de los procesos de producción social del padecimiento subjetivo; la incorporación de los conceptos de ciudadanía y derechos como componentes fundamentales de la práctica de atención y cuidado.

Estas tendencias son concordantes con la estrategia de APS que plantea orientar la práctica hacia la atención de las necesidades de la población, garantizando la participación, priorizando la intervención territorial, las estrategias de intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario. Las políticas de desmanicomialización, enmarcadas en este enfoque de atención primaria, se dirigen a la recuperación de la capacidad de ejercicio de ciudadanía por parte de los usuarios, construyendo dispositivos que actúen como espacios de subjetivación.

Retomando el marco legal que rige o debería regir la práctica en esta temática, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 parte de reconocer a la misma como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. A su vez, en su Artículo 4°, deja asentado que *“las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”*. Desde su sanción, queda establecido entonces que se trata de una problemática de competencia del sector salud y eso incluye la necesidad de generar estrategias de prevención y promoción de la salud.

Desde una perspectiva integral de Salud, se entiende que el abordaje de dicha temática implica a distintos actores del propio campo de la salud, entre ellos al Trabajo Social, pero también requiere de actores de múltiples sectores. Esto nos ubica en un trabajo que necesariamente debe ser interdisciplinario, desde un enfoque de derechos y en red con otras instituciones.

El enfoque de derechos busca resolver en forma más concreta la superación de la consideración de las personas como meros “beneficiaries”, para que éstas sean reconceptualizadas como titulares plenos e integrales de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado.

Esta noción de “titular pleno” se presenta como una opción interesante a la de titular de un derecho social. Desde esta visión, la acción de las Políticas Sociales y la Intervención del Trabajo Social se centralizan en el sujeto de Intervención en tanto sujeto de derecho, desde una visión que se presenta como ampliada y que se funda en una nueva doble centralidad: Sujeto - Estado. De este modo, el Derecho es tal desde que se aplica y no a partir de su enunciado. La articulación de las nociones de Derechos Humanos y Derechos Sociales potencia ambas cuestiones y le otorga un nuevo sentido a las Políticas Sociales y a la Intervención del Trabajo Social (Carballeda, 2016:2), entendiendo al usuario como sujeto de derecho y entiendo el rol profesional de garantizar y facilitar el acceso efectivo a los DDHH³. Particularmente considero interesante la concepción amplia del Ser “desde una perspectiva holística, para comprender las etiologías de ciertos estados del Ser, es necesario tener presente que la persona es mucho más que un cuerpo biológico - descriptible por la

3 DDHH refiere a Derechos Humanos

biología - puesto que integra diversas entidades como cuerpo etéreo, espíritu, alma, energía, etc.” (Pavón Rico. & Chávez, 2018: 25).

Los artículos 9 y 11 de la Ley Nacional dan cuenta de cómo se piensa la atención integral con anclaje territorial, alejándose de la lógica hospitalaria. El primero de ellos establece que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. El segundo plantea la promoción de estrategias tales como: consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental.

En el ámbito de la CABA contamos con la Ley 448, sancionada en el año 2000. Dicha ley se basa en lo establecido por la Ley Básica de Salud N° 153, en el artículo 3 referido a las garantías del derecho a la salud integral y en el artículo 48 inc. C que establece lineamientos de la salud mental basados en el respeto a la singularidad, el evitar las modalidades terapéuticas segregacionistas y la desinstitucionalización progresiva con modalidades de atención alternativas.

El segundo artículo de la Ley de la Ciudad reconoce a la Salud Mental

“como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”.

Se requiere de construcción de redes, de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria y la articulación efectiva de los recursos, siendo necesario el trabajo intersectorial e interdisciplinar.

Por último, y no menor a los efectos de este trabajo, en su artículo 14 relativo a los efectores del subsistema público, plantea la atención de salud mental en los Centro de Salud y Acción comunitaria y la creación de equipos de interconsulta.

Perspectivas de intervención en relación al uso de sustancias psicoactivas

En este trabajo destacaremos los dos grandes paradigmas vigentes de abordaje en relación al uso de sustancias psicoactivas: Modelo Abstencionista y Modelo de Reducción de Riesgos y Daños.

Al insertarme en dispositivos de Salud, tanto en ámbito hospitalario como en el primer nivel de atención, fue inmediata la toma de conocimiento sobre estas miradas frente al consumo que en sí mismas resultan contrapuestas. En los barrios es posible observar la convivencia de distintas instituciones estatales y no estatales que despliegan sus estrategias de acuerdo a alguno de estos paradigmas, siendo común que la población con uso de sustancias psicoactivas circule entre ambas modalidades de atención de acuerdo al momento y estado en el que se encuentran y los recursos que brinde cada dispositivo según sus necesidades.

Como diferencia estructural entre ambas formas de pensar se podría marcar el uso sustancias y el trabajo con dicha población, la flexibilidad o rigidez del modelo de abordaje.

Por su parte y como su nombre lo indica, en *la perspectiva abstencionista*, tanto el objetivo final como el requisito inicial para la intervención desde esta postura es la abstención, es decir conseguir o tener el nivel cero de consumo. Posee un encuadre rígido y alineado a miradas prohibicionistas, uniendo el campo de la salud con lo punitivo, al igual que realiza prácticas homogeneizadores sin admitir las singularidades. Muchas veces se vincula con la intervención de efectores no estatales religiosos, muchas veces tercerizados por el Estado al no poseer gran oferta de dispositivos propios.

Este enfoque ha tenido limitaciones a la hora de atender la problemática, sin obtener resultados eficaces en relación a la prevalencia de la misma. Por el contrario, han contribuido a la construcción de representaciones sociales negativas sobre les usuaries de drogas, que inciden en los procesos de exclusión social [...]La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negarles el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud (Gallo, 2016: 2).

Del otro lado, *la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños* no busca centrarse en el consumo como tal sino en los daños individuales y sociales que el mismo trae aparejado. Se caracteriza por ser flexible el “enfoque de bajo umbral de exigencia”, partiendo la intervención de la situación real y actual del sujeto y sus demandas singulares. Es un enfoque dispuesto a conocer a los individuos en su territorio, sería un conocerte “donde estés” y partir desde ese escenario no desde un “donde deberías estar”, recuperando las prácticas de cuidado de les individuos y grupos.

Este último modelo será el que regirá la experiencia luego narrada y la que elijo para mi desempeño profesional. Se basa en el supuesto de que el consumo de drogas ha persistido a pesar de los esfuerzos por evitarlo y por lo tanto, muchas personas van a experimentar con drogas algún día. Se centra en garantizar el acceso de toda la población a la información y a la prevención, facilitar el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud e intentar evitar los costos sociales e individuales que acompañan a la penalización de las drogas. Lleva a cabo acciones tendientes a reducir los impactos negativos en el área sanitaria, social y económica que el uso de la droga involucra, encarando también la marginalización, la exclusión social, la criminalización y la estigmatización.

En nuestro país, las medidas y programas de reducción de daños comenzaron a implementarse a partir de 1996. Estos nuevos programas lograron acceder a una población que nunca antes había realizado tratamiento para drogas, a la vez que nunca se había conectado con el sistema de salud. Siendo aquí interesante el concepto de accesibilidad, el mismo resulta un pilar para el efector de Salud luego descripto.

La accesibilidad a los servicios de salud debe ser abordada como un proceso social de carácter estructural, histórico, político, económico, ideológico y cultural (Rossi y ot., 2007: 21). La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta [...]El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la

población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso (Comes y Otros, 2006:202).

La accesibilidad al sistema de salud se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, el cual 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 (Comes y Otros, 2003). Por lo tanto, el concepto de accesibilidad remite a la articulación de dos actores fundamentales: los sujetos y los servicios del sistema de salud y pone en juego tanto la posibilidad que los sujetos tienen para acceder a los servicios cuando lo consideren necesario como la capacidad de los servicios para contener a estos sujetos necesitados de atención (Stolkiner, 2007).

Marlatt, en su texto “Reducción del daño: principios y estrategias básicas” (1998), menciona los principios básicos y valores de este modelo de intervención:

1. El modelo de reducción del daño es una alternativa de salud pública, frente a los modelos moralista/criminalista y de “enfermedad” del consumo y adicción de drogas.
2. La reducción del daño reconoce la abstinencia como resultado ideal pero acepta las alternativas que reducen el daño.
3. La reducción del daño ha surgido principalmente como un abordaje de “abajo - arriba” basado en la defensa del adicto, en lugar de una política de “arriba - abajo”.
4. La reducción del daño promueve el acceso a servicios de bajo umbral como alternativa a los tradicionales enfoques de alta exigencia.
5. La reducción del daño se basa en el principio de pragmatismo compasivo.

Agrega el autor que para este modelo “surgen tres estrategias básicas: el trabajo individual o en grupo, la modificación del entorno y la realización de cambios en la política pública” (Ibid). Para estos abordajes se plantea incluir la participación de los sujetos, generar el intercambio de información de manera interpersonal, utilizar dinámicas de cambio de roles para ejercitar habilidades de afrontamiento entre otros, etc. El modelo apunta a desarrollar iniciativas creativas y flexibles con una mirada transdisciplinaria y multisectorial, en las que converjan diversas perspectivas de abordaje teórico práctico (Capriati y Otros, 2015: 22).

La interdisciplina aparece como eje, se aleja del establecimiento rígido de una relación asistencial entre el profesional y el sujeto objeto de su práctica y de la institucionalización del enfermo. No ejerce un poder sobre los sujetos que los desprovee de sus derechos ciudadanos para convertirlos en meros objetos de conocimiento. En este tipo de abordaje se tiende a la integración de diversos campos disciplinares que tienen incumbencia en salud mental y también se incorporan saberes no profesionales (Solitario, 2007:67); el desafío es la hegemonía entre los campos disciplinares.

Otro pilar de este modelo de abordaje es que reconoce a los sujetos como titulares de derecho cuya voz y trayectoria resulta imprescindible para una intervención favorable.

Resulta clave también la importancia asignada a la vulnerabilidad social. Este concepto, desarrollado a partir de la crítica de los modelos conductistas, deja de lado la noción de riesgo individual y la tendencia a responsabilizar exclusivamente a los sujetos por el cambio de sus

comportamientos. Desplaza la atención de las identidades –personales o colectivas– hacia las relaciones sociales, base de las situaciones de vulnerabilidad, como las relaciones económicas, de género o generacionales (Capriati y Otros, 2015:25).

Constante es el trabajo para unir y articular en la reflexión y la práctica las situaciones singulares de los sujetos con las condiciones macro sociales y políticas del contexto donde existen y existimos.

Queda claro entonces que el consumo problemático de drogas está anclado en el marco conceptual de la salud en sentido amplio, por lo que se vincula con otros aspectos que hacen a la calidad de vida de las personas y no es abordado como síntoma aislado (Capriati y Otros, 2015:27).

Definimos al uso de sustancias psicoactivas como una Problemática Social Compleja, en términos de Carballada, al ser las mismas transversales, abarcando una serie de problemas que se expresan en forma singular en la esfera del sujeto. Surgen en la contemporaneidad como producto de los procesos de fragmentación social y ruptura del lazo social. Reclaman intervenciones desde diferentes ámbitos que marcan nuevos desafíos a las posibilidades de la interdisciplina, especialmente desde su singularidad. Pareciera que cada caso, cada momento de intervención, requiere de un proyecto a construir en la diversidad de ese otro, donde se observa la necesidad de su palabra, su comprensión y explicación del problema como forma de aproximación a la “verdad” de éste. Las Problemáticas Sociales Complejas exceden las respuestas típicas de las instituciones, dado que éstas fueron construidas dentro de una lógica más ligada a la homogeneidad de las poblaciones que a la heterogeneidad de éstas, reclamando respuestas singulares. Incluso, cada problemática implica recorridos institucionales diversos según cada caso. Dentro de su contexto de aparición, las Problemáticas Sociales Complejas muestran en forma descarnada los efectos de las tensiones entre necesidades y derechos (Carballada, 2008:1).

Así, las Problemáticas Sociales Complejas se expresan como un verdadero desafío para las Políticas Públicas y la Legislación, ya que son demostrativas de la vulneración de derechos, la incertidumbre, el desencanto y especialmente de las nuevas formas de construcción de procesos de estigmatización ligados a grupos sociales determinados (Carballada, 2008:2).

Contexto socioeconómico y localización territorial

Partiendo de una perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños a la hora de trabajar e intervenir con personas en situación de uso de sustancias psicoactivas, es estructural la necesidad de partir de la realidad territorial y contextual de estos usuarios.

Por este motivo continuaré con una breve descripción del ámbito barrial y social donde se encuentra inserto el dispositivo elegido, para presentar el contexto donde circula o vive la mayor parte de la población que asiste al mismo. Las desigualdades sociales en materia educativa, el desempleo, la precariedad laboral, la segregación socio espacial, la discriminación y la falta de respuestas sociosanitarias adecuadas, no son el mero contexto sino una parte constitutiva de los consumos problemáticos de drogas (Capriati y Otros, 2015:22).

La zona a detallar es la Comuna 7 de la parte Sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Área Programática del Hospital General de Agudos del barrio de Bajo Flores y área de responsabilidad del dispositivo seleccionado.

El asentamiento se origina con la fusión de las villas 1, 11 y 14, las cuales comenzaron a poblarse de manera progresiva en la década de 1940. Sus primeros habitantes provenían del interior

de la Argentina y de países limítrofes tras la crisis económica de 1930. Dicha composición se mantiene hasta la actualidad, con mayor incidencia de personas provenientes, fundamentalmente, de Bolivia, Paraguay y Perú. A lo largo del siglo XX, el porcentaje de población extranjera fue decayendo. En el año 2016, el 60% de los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires habían nacido en la ciudad. Según la Dirección General de Estadísticas y Censos, al año 2016 el 68,6% de la población en la comuna 7 era nacida en CABA y un 13% en el extranjero (ASIS CABA, 2016:24).

El 8 de junio de 2000 fue aprobada en la Legislatura de la CABA la urbanización de la Villa por la ley 403; sin embargo nunca se ha llevado completamente a cabo. Es la villa de emergencia más grande en cuanto a territorio de la CABA y una de las mayores en cuanto a población, posee un continuo, ascendente y significativo movimiento poblacional.

La institución elegida para este trabajo es un Centro de Salud con funcionamiento similar a un Centro de Día por los servicios que brinda, los cuales serán desarrollados en otro apartado, perteneciente al área programática del hospital de la zona.

Dicho dispositivo tuvo origen hace ya 11 años en la villa 1.11.14 perteneciente a Bajo Flores, resultante de la lucha de un grupo de trabajadores de un Centro de Salud del barrio que comenzó a manifestar la necesidad urgente de construcción de un espacio nuevo para trabajar la problemática del uso de sustancias psicoactivas, la que aumentó luego de 2001 con la aparición de la pasta base.

La mayor parte de la población usuaria está en situación de calle en el barrio o permanecen la mayor parte del día en el espacio público, concurriendo a un parador nocturno. Motivo de la poca estructura que posee este efector para el Sistema de Salud, no existen estadísticas propias para poder caracterizar a la población, por lo que se utilizarán datos ofrecidos por el último ASIS realizado de la CABA del año 2016 para encuadrar estos datos observables en un marco mayor.

El grupo poblacional usuario de esta institución se caracteriza en mayor parte por el grupo etario de 15 a 40 años con menor presencia de mujeres cis en comparación con varones cis, siendo estos últimos quienes más permanecen en la misma en lo cotidiano y las primeras quienes tienen una participación más intermitente.

En la Comuna 7, según el ASIS del 2016, el grupo etario de referencia (15 a 64 años) significaría el 62% del total poblacional. La estructura poblacional joven se acentuó en las villas, según se observa en el informe. Según el Censo del año 2018, la población de referencia es una población joven, de alta fecundidad y baja esperanza de vida y el 42% de la población de la villa tiene entre 0 y 19 años. En cuanto a la mortalidad por Lesiones de Causas Externas (LCE), las tasas más altas se registraron en las comunas 3, 4, 7 y 8, concentrando el 38,5% de las defunciones por esta causa en 2016. En CABA, para los varones de 15 a 35 años resulta la principal causa de muerte y la segunda en mujeres, siendo los tumores la primera. Analizando con perspectiva de género, estos números no resultan sorprendentes, comprendiendo los mandatos de masculinidad, la mayor exposición al riesgo y la lejanía de este grupo con el Sistema de Salud, siendo este último pensado desde una lógica materno infantil.

Mientras que en el Censo realizado por el Instituto de la Vivienda⁴ en el año 1999, se registraron 21.732 habitantes, en este último del año 2018 se registraron 40.059, lo que supone un crecimiento poblacional del 73%. Mientras que en el año 1999 se registraban 5.747 viviendas, en el año 2018 se registraron 12.852 viviendas en el mismo territorio, dando cuenta de un incremento del 123 %. La Comuna 7, por tipo de vivienda, presenta un: 65% de departamentos, 28% de casas, 7% de otros

4 IVC en resto de documento.

(pieza de inquilinatos, conventillo, pieza de hotel/pensión y construcción no destinada a vivienda). En las comunas 1, 3, 4 y 7 se observó una mayor proporción de la categoría “otros”. Esta categoría da cuenta de situaciones de mayor precariedad habitacional (ASIS CABA, 2016: 41). Respecto a las condiciones de hacinamiento, no se considera hacinamiento a la presencia de menos de 2 personas por cuarto; hacinamiento no crítico a 2 a 3 por cuarto y hacinamiento crítico a más de 3 personas por cuarto. En la Comuna 7: sin hacinamiento 83,9% de la población, hacinamiento no crítico 14,2%, hacinamiento crítico 1,8% (ASIS CABA, 2016:42).

La residencia en villas y asentamientos condiciona los procesos de salud enfermedad atención. Sus habitantes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social, lo que se refleja en falta de acceso a servicios de saneamiento básico, viviendas inadecuadas, menor disponibilidad de espacios verdes y mayores barreras al acceso a la educación, salud y el trabajo. Las villas y asentamientos predominan en la zona sur de la ciudad, especialmente en la comuna 4 y 8, pero también en la 7 y la 9. De acuerdo al Censo de 2010 en la Comuna 7, según el acceso a servicios básicos, de un total de 81.483 hogares, 0,5% de la población no tenía acceso a la red pública de agua y el 2,2% no contaba con acceso a red cloacal (ASIS CABA, 2016:44). En relación a las Necesidades Básicas, según censo de 2010, el 10% de su población las tenía insatisfechas, lo que representaba al 9% de los hogares. Las comunas 1, 3, 4, 7 y 8 presentaron valores por encima de la media de la ciudad. Estas comunas se destacaron por presentar situaciones más desfavorecidas en la mayoría de los indicadores socioeconómicos respecto el resto de la ciudad (ASIS CABA, 2016:45).

Para analizar los niveles educativos se toman en cuenta los niveles de analfabetismo. En el Censo 2010 se contabilizaron 12.403 personas mayores de 10 años analfabetas en la ciudad. Las comunas 4, 7 y 8 presentaron las tasas de analfabetismo más desfavorables respecto al resto de la Ciudad (ASIS CABA, 2016:40). Teniendo en cuenta a la población de 10 años y más, por condición de alfabetismo y sexo según comuna en CABA, según el Censo de 2010, en la Comuna 7 existían 1.435 personas con analfabetismo, que representaban un 0,75% (ASIS CABA, 2016:41). En lo que refiere a la cobertura de salud de la población, según IVC en 2019, el 68% de los habitantes se atendía en el sistema público. En lo relativo al trabajo, el 44% de la población mayor de 18 años se encontraba desocupado, del 66% que trabajaba, un 26% hacía changas, un 28% trabajaba por cuenta propia y un 5% en el servicio doméstico, por lo que sus condiciones laborales estaban signadas por la fragilidad y la precarización.

La referencia territorial permite vislumbrar que las personas se encuentran atravesadas por una multiplicidad de procesos de exclusión social que vulneran sus derechos, como la precariedad habitacional. Por otro lado, las condiciones laborales a las que se encuentran sujetas están signadas por la explotación. La oferta estatal vinculada a salud, educación y recreación es escasa y si a esto se suma que muchos de los habitantes son migrantes, las situaciones de vulnerabilidad se agravan; vulnerabilidad entendida como categoría que permite visibilizar a grupos o individuos que atraviesan instancias de fragilización social, política o jurídica. Este concepto nos permite abordar el carácter dinámico, complejo y relacional de dichas instancias (Di Leo y Otros, 2018:8-9). Considero importante tomar esta noción y utilizarla críticamente, para no caer en la responsabilización individual de los sujetos frente a las situaciones de injusticia que atraviesan.

Descripción de experiencia local desde un Centro de Salud

En el primer semestre del último año de la Residencia se encuentra estipulada una rotación a desarrollar en la temática de Salud Mental, Rehabilitación o Discapacidad. En este marco, me

inserté en un Centro de Salud perteneciente al área programática del Hospital de Agudos de la zona, que se encuentra en la villa 1.11.14 del Bajo Flores, correspondiente al Área Programática del Hospital General ubicado en el barrio de Bajo Flores.

El dispositivo tiene su origen hace ya 11 años, habiendo sufrido una mudanza el año pasado por las condiciones nefastas en las que se encontraba la estructura del Centro anterior. Fue construido por la lucha de profesionales que ya se encontraban trabajando en el barrio y comenzaron a detectar el aumento de casos de personas con uso de sustancias psicoactivas, sobre todo la situación de vulnerabilidad en la que se encontraban. Desde sus orígenes fue pensado como un dispositivo de salud que pudiera responder a esta compleja realidad local con encuadres flexibles, orientados a contener y alojar a los usuarios de sustancias psicoactivas. Este es el punto de partida para el despliegue de una positiva transferencia institucional que, al contar con la presencia del otro, nos permite establecer estrategias de abordajes acordes a la singularidad de cada quien, es decir, del caso por caso.

La propuesta del dispositivo consiste en la atención ambulatoria de usuaries de sustancias psicoactivas y el trabajo con familiares, allegados y actores sociales que intervienen en la zona. Con los años, el objetivo fue amplificar la llegada a la comunidad ampliada, difundir el trabajo del dispositivo y fomentar la participación en actividades locales.

La gran mayoría de les usuaries que asisten se encuentran en situación de alta vulnerabilidad social, caracterizada por problemáticas habitacionales y socioeconómicas, tales como la permanencia en situación de calle, la estigmatización social, la nula o escasa red de contención familiar, entre otras.

Se trabaja desde la Perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños y la Perspectiva de Derechos, en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657. Se adhiere a un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, teniendo en cuenta el contexto histórico, social y cultural. A su vez, se intenta promover la accesibilidad al sistema sanitario y a la red de recursos estatales y no estatales existentes en territorio. De esta forma, se intenta disminuir los riesgos jurídicos, sanitarios y sociales asociados al consumo.

El Centro abre de Lunes a Viernes de 8:30 a 15:00. El equipo está conformado por nueve profesionales de planta (2 trabajadoras sociales, 3 psicólogas, 1 médica generalista, 1 terapeuta ocupacional, 1 tallerista, 1 musicoterapeuta), una persona encargada de la seguridad y una administrativa. Se refuerza con la presencia de rotantes y practicantes de las distintas disciplinas. Se recibe a aproximadamente 20 personas por día, que hacen uso del dispositivo en alguna instancia. Se sostienen actividades de promoción y prevención al igual que atención individual de psicología, psiquiatría, trabajo social y terapia ocupacional; diversas líneas de acción en consonancia con los ejes de trabajo propuestos en el marco legal vigente sobre la temática y desde la perspectiva de Reducción de Riesgos y Daños.

Se describen a continuación:

- Baño y Comedor: se encuentra a disposición un baño con ducha para higienizarse. El comedor es el espacio común permanente en el que están les usuaries. Se les brinda desayuno y bandejas de plástico para que puedan retirar de los comedores barriales el almuerzo y regresar a comer en un ambiente cuidado. Se reciben estos recursos desde el Hospital de referencia.
- Talleres: abiertos a toda la comunidad. Se realizan Huerta, Radio, Cine y Dramaturgia en distintos días de la semana, coordinados por el equipo de profesionales. Se desarrollan

desde una perspectiva de salud comunitaria, colectiva e integral, en tanto dan cuenta de actividades que comprenden la integración de los usuarios en dispositivos comunitarios, fortaleciendo el restablecimiento del lazo social y la inclusión en espacios de salud.

- Ranchadas: dos veces a la semana se realizan recorridas por distintas zonas de ranchadas, dividiendo el barrio en dos. Entendemos ranchadas como los lugares base de aquellos que están en situación de calle o permanecen largas horas en el espacio público. Se realiza en conjunto con un equipo de profesionales de dos Centros de Salud del barrio. Se entrega agua y alimentos. Desde la idea de accesibilidad previamente planteada se busca acercar la institución a la población, difundiendo las distintas actividades que se ofrecen y se convoca a concurrir. Si resulta necesario se realiza orientación, asesoramiento o curaciones en el lugar.
- Redes: partiendo de la complejidad de las situaciones y comprendiendo la importancia de la intersectorialidad, del contacto con la comunidad y la construcción de redes de trabajo y de cuidado, se mantiene la participación en la Red del Bajo Flores y en la Mesa de Géneros. Ambas instancias se conforman con referentes de distintos efectores y sectores con anclaje territorial. Se planifican y llevan a cabo actividades conjuntas sobre diversas temáticas, por ejemplo marcha dentro del barrio por el Paro Internacional de Mujeres. A su vez, se realizan capacitaciones o intercambios, a demanda por parte de otros actores locales.
- Seguimientos individuales: a demanda de los usuarios, pueden comenzar un tratamiento individual con el equipo de profesionales del Centro. Se realiza una admisión interdisciplinaria y luego se intenta conformar un equipo referente interdisciplinario para cada persona que realice el seguimiento. Se realiza permanentemente articulación intersectorial. Se intentan sostener reuniones mensuales de equipo, aunque el intercambio es constante con un encuadre informal. El trabajo interdisciplinario -con la relevancia que le es dado desde este dispositivo- requiere necesariamente de intercambios y discusiones para poder conformar un marco integral desde el que se interviene más allá de que profesional esté llevando adelante la intervención. Frente a situaciones complejas, se han llevado a cabo supervisiones externas para repensar y reflexionar sobre la práctica y alternativas de acción.
- Asamblea: se sostiene una vez por semana por la mañana. Participan tanto usuarios como el equipo de profesionales. Se propuso como un espacio de encuentro que habilite y potencie a sus integrantes en conjunto y en lo individual, permitiendo un intercambio de saberes hacia la construcción colectiva de nuevos saberes. Resulta fundamental un espacio de intercambio sobre lo cotidiano al compartir tantas horas y espacios, lo cual genera muchas veces tensiones entre los usuarios.

Los usuarios pueden utilizar y permanecer en tantos espacios como deseen y no resulta indispensable la participación en ninguna actividad para poder acceder al Centro. Pueden concurrir a los talleres, a la atención individual o simplemente acceder al baño, según decidan en forma autónoma.

Resulta fundamental poder ofertar espacios y actividades que rompan con la lógica de la calle. Aprender a sostener la escucha de lo diferente, a construir nuestra palabra, poder acceder a una mesa y agua caliente y espacios seguros de cuidado son ejes del trabajo cotidiano.

Potencialidades y desafíos desde Trabajo Social

Es importante destacar que en los últimos años el Trabajo Social consolidó su inserción en distintos espacios vinculados a la Salud Mental en Argentina, entre ellos en los equipos de guardia de Salud Mental en hospitales públicos. Esto representa un desafío, por ser una temática históricamente asociada a otras profesiones y significa una posibilidad para la realización de aportes desde nuestro quehacer profesional en torno al trabajo en equipo, abordajes familiares, trabajo en red, articulaciones institucionales, en pos de garantizar el acceso a derechos.

La incorporación de los conceptos de ciudadanía y derechos como componentes fundamentales de la práctica de atención y cuidado surge como una tarea para el Trabajo Social. Es trascendental poder tener una lectura y un abordaje desde el paradigma de Derechos. Como venimos describiendo, las políticas de desmanicomialización, enmarcadas en un enfoque de atención primaria, se dirigen a la recuperación de la capacidad de ejercicio de ciudadanía por parte de los usuaries, construyendo dispositivos que actúen como espacios de subjetivación.

Teniendo en cuenta el cambio de paradigma en la atención de esta problemática, se requiere la constante actualización profesional en el desarrollo de habilidades para la implementación de estrategias de intervención desde una perspectiva integral, pudiendo repensar nuestras prácticas.

Considero que desde nuestra disciplina se pueden realizar importantes aportes para el trabajo interdisciplinario necesario en la problemática; generar una lectura y mirada con anclaje local y territorial; construir redes de cuidado y para el abordaje; fomentar espacios de encuentro y suspensión de la vida cotidiana; proponer actividades e intervenciones en la comunidad para romper con el cerco de la estigmatización y volver más cercana una problemática que nos compete a todos.

Desde Trabajo Social, promover la construcción de lugares de encuentro fundados principalmente en el respeto por el otro y en la escucha de su palabra, inscribiendo de alguna manera “marcas” de cuidado que posibiliten posicionarse como sujetos de derechos, contrarrestando -aunque sea por unos instantes- el arrasamiento de la subjetividad que sufren cotidianamente y su objetivación bajo la categoría “persona en situación de calle” o “adicta”. Teniendo en cuenta que la intervención en lo social es una acción básicamente intersubjetiva y fuertemente discursiva, la palabra, la mirada y la escucha son sus elementos más sobresalientes (Carballeda, 2005).

Reflexiones finales

La intersectorialidad, la interdisciplina, la participación y el abordaje integral de la salud se presentan como piezas claves en la construcción de líneas de acción sostenidas en la importancia de la accesibilidad para esta población, especialmente desde el primer nivel de atención.

Resulta prioritaria la necesidad de generar acuerdos interdisciplinarios y espacios de atención que aporten a los procesos de subjetivación y construcción de lazos sociales de manera de garantizar el acceso y la atención integral de los usuaries, reforzando sus autonomías y respetando sus derechos,

Este trabajo busca aportar contenido para pensar la intervención de los trabajadores de la salud con población usuaria de sustancias psicoactivas, teniendo en cuenta que no existen múltiples experiencias de trabajo como la descrita y que la problemática se incrementa día a día, tal como reflejan distintos medios de comunicación, estadísticas, informes y estudios sobre el tema.

Creo que tenemos la responsabilidad de ampliar los márgenes de nuestra intervención; innovar en nuestros espacios laborales; aprender sobre nuevos saberes y abordajes para poder dar una respuesta más integral frente a las situaciones complejas que atraviesan les usuaries; tomar en cuenta todas las modalidades de Ser de las personas; considerar el aspecto emocional de les mismas, dado que “Las demandas que las personas realizan están plagadas de cargas emocionales que, de no ser contempladas, pueden convertirse en un verdadero obstáculo para la efectividad de la intervención” (Pavón Rico. & Chavez, 2018:33); habilitar la posibilidad de nuevas alternativas de resolución frente a éstas y abrir el juego y la puesta en palabras de aquellas emociones que nos atraviesan; incorporar los saberes y trayectorias de les usuaries dejando de lado la hegemonía de los saberes disciplinares para poder coconstruir junto a elles estrategias con mayor efectividad que respondan a cada singularidad.

Bibliografía

Análisis De Situación De Salud De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires - Año 2016 (2017). Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, CABA.

CAPRIATI, (2015). La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar. Revista Argentina Salud Pública, CABA.

CARBALLEDA, ALFREDO, (2005). La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas. En Revista Margen N° 39, edición digital, CABA.

CARBALLEDA, ALFREDO (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. Revista Margen N° 82, edición digital, CABA.

CARBALLEDA, ALFREDO. (2008) La Intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. Revista Margen N°48, edición digital, CABA.

Censo del Instituto de la Vivienda de la Ciudad del año 2018.

COMES, Y., STOLKINER, A., (2003). Concepción de responsabilidad individual en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires. Ponencia presentada en V Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, IIGG, UBA, Bs. As.

COMES, Y.; SOLITARIO, R.; GARBUS, P.; MAURO, M.; CZERNIECKI, S.; VÁZQUEZ, A.; SOTELO, R.; STOLKINER, A., (2006). El Concepto De Accesibilidad: La Perspectiva Relacional Entre Población Y Servicios. Anuario de Investigaciones Volumen XIV, Pág. 201-209, Facultad de Psicología - UBA, CABA.

DI LEO P. F.; GUELMAN M., SUSTAS S. E., (2018). Sujetos de cuidado, escenarios y desafíos en las experiencias juveniles. Grupo Editor Universitario, CABA.

GALLO, L. A., (2016). Abordaje del consumo problemático de sustancias psicoactivas en Río Negro: repensando su inscripción dentro del Programa de Salud Mental Comunitaria y sus tensiones. III Foro Latinoamericano de Trabajo Social, La Plata.

Ley Nacional N° 26.657. Diario Oficial de la República Argentina, sancionada Noviembre 2010.

Ley de Salud Mental de la CABA N°448. Diario Oficial de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada Julio 2000.

PAVÓN RICO, P.D. y CHAVEZ, N.S. (2018). Trabajo Social Holístico. Volviendo al Ser. Editorial Fundación la Hendija, Entre Ríos.

MARLATT, ALLAN G. (1998). Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. V Encuentro Nacional Sobre Drogadependencias y su Enfoque Comunitario.

ROSSI, D., PAWLOWICZ, M. y ZUNINO, D., (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 profesionales de la salud. Intercambios Asociación Civil, Bs. As.

SOLITARIO R; GARBUS P. Y STOLKINER A., (2007). Atención primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, volumen 17, número 3, Bs. As.

STOLKINER, A. Y OTROS., (2007). Descentralización y equidad en salud: estudios sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense". Citado en: Rossi, D., Pawlowicz, M. y Zunino, D. Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los profesionales de la salud. Intercambios Asociación Civil, Bs.As.