

UNR

Universidad
Nacional
de Rosario

Facultad de Ciencia Política y RRII
Maestría en Gestión Pública
Cohorte 2014



ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE PÉREZ EN SITUACIONES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

Directora: Mg. Marisa Germain
Codirector: Dr. Franco Carbonari

Tesista: Marina Scialla

Agradecimientos

Muchas veces al encontrarme con agradecimientos “largos” en distintas tesis, me pregunté si eso era necesario. Luego de haber pasado por este proceso, quiero disculparme con todos aquellos a quienes les cuestioné -en silencio- su forma de agradecer.

En estas épocas de pandemia, en las que insistimos desde cada trinchera que “nadie se salva solo” quiero agradecer a todos esos otros que hicieron posible este proceso.

A la educación pública, porque con convicción “caí ahí” a lo largo de mi vida y le debo la enorme posibilidad de hacerme cada vez más preguntas y porque también allí viví lo colectivo con su potencia insustituible.

A mi mamá, papá y hermana por esa firme convicción de defender lo común.

A Marisa, incomparable guía y sostén en todo este proceso.

A mi amor, mi chinito, Fran, compañero en el camino de la tesis y de la vida.

A mis compañeras en esta travesía, Solcito y Simona, por su cuarto propio “compartido”.

Este es el momento en que una siente que es injusto no agradecer a muchas más personas.

Gracias Chaplita, Lui y Luji por alentarme en cada etapa. A mis amigos del trabajo y a mis amigas “percinas” que me aguantaron hablando solo de “tesis” por mucho tiempo. Sole y Mevi por las charlas y tan necesarias

recomendaciones de libros. Nanu, por estar siempre.

A mis sobrines, Camilito y Carmelita, por el amor incomparable.

Y muy muy especialmente GRACIAS al personal del Centro de Salud “El Gurí” y del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos; gracias Lili, Mariana, Liza y Sebastián; gracias a las personas usuarias que me brindaron desinteresadamente su tiempo y su palabra. Sin ellos y su buena predisposición nada de esto habría acontecido.

ÍNDICE

Acrónimos, siglas y aclaración sobre uso de lenguaje	4
Introducción	
0.1 El contexto que motiva esta investigación	5
0.2 Un estudio con historia, en la ciudad de Pérez	9
Capítulo 1	
1.1 Algunas consideraciones sobre la construcción del problema “droga” como cuestión social	16
1.2 Antecedentes con los que dialoga esta tesis.....	20
1.3 Orientaciones teóricas- metodológicas.....	28
Capítulo 2	
2.1 El sistema de salud en argentina: consideraciones breves	46
2.2 Las respuestas asistenciales para uso de sustancias: aspectos nodales	48
2.3 Los servicios de salud de la ciudad de Pérez	56
2.4 El Centro Municipal de Salud “El Gurí”	65
2.5 Abordajes de los consumos problemáticos de sustancias en el ámbito municipal	81
Capítulo 3	
3.1 La capacidad de respuesta del sistema sanitario de la ciudad.....	89
3.2 Algunas reflexiones sobre la configuración del sistema de salud de la ciudad.....	103
Capítulo 4	
4. El análisis de los procesos de atención.....	106
4.1. Entrada al servicio	107
4.2 Recepción, decisión, menú de ofertas y salida	113
4.2.1 Guardia	115
4.2.3 Mesa de entrada principal	138
4.2.3 CEMAP	163
Consideraciones finales	212
Referencias	230

Acrónimos y siglas

Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento integral de las Adicciones (APRECOD)

Atención Primaria de la Salud (APS)

Centro De Atención Primaria De La Salud (CAPS)

Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR)

Centro de salud (CDS)

Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CEMAP)

Centro Municipal de Salud “El Gur” (CMDs)

Dispositivo Integral de Abordaje Territorial (DIAT)

Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

Ley Nacional Nro. 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (LSM)

Observatorio Argentino de Drogas (OAD)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)

Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP)

Programa de Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD)

Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad (SDSTEyD)

Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR)

Secretaría de Salud (SDS)

Sistema de Atención Primaria (SICAP)

Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES)

Sistema para la Atención Médica de la Comunidad (SAMCo)

Aclaración sobre uso de lenguaje

En este escrito no usamos la “e” - salvo en los agradecimientos- simplemente por cobardía que justificamos como falta de costumbre, dado que la UNR ha autorizado a través del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Rosario las expresiones inclusivas y no sexistas en las producciones escritas y orales realizadas por integrantes de los cuatro claustros de la UNR. Sin embargo tratamos de usar expresiones que no excluyan y cuando no es posible, especialmente porque nos lleva a repetir palabras que complican o entorpecen la lectura usamos las barras as/os o las/os. En el caso de la citas respetamos el lenguaje utilizado por las/os autoras/es. Para la redacción general usamos la tercera persona del plural pero “en femenino” ya que quien escribe se autopercebe como mujer.

Introducción

Desprejuiciados son los que vendrán
y los que están ya no me importan más
los carceleros de la humanidad
no me atraparán
dos veces con la misma red
(No soy un extraño, Charly García)

0.1 El contexto que motiva esta investigación

La sanción de la Ley Nacional Nro. 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010)¹, el Plan Nacional de Salud Mental (2013) y el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (2014)² así como las diferentes políticas públicas desarrolladas en relación con estos instrumentos jurídicos propusieron un nuevo enfoque para el tratamiento de los usos problemáticos de sustancias, basado en los derechos humanos³. Partiendo de la premisa de que las/os usuarias/os son sujetos de derecho, este marco normativo propone el abordaje de la llamada problemática de las adicciones⁴ desde un modelo de intervención socio-comunitaria que, recuperando los principios de la atención primaria de la salud privilegia el trabajo interdisciplinario en los equipos de salud y la implementación de programas de reducción de daños⁵. Este año que estamos atravesando, el 2020, fue fijado por la Ley como fecha límite para la adecuación de los dispositivos monovalentes. Como señala Corda et al. (2014) este instrumento jurídico fue

un hito en la legislación sobre la materia porque es el resultado de un largo proceso de trabajo de distintos actores del campo de la salud mental que sostenían la necesidad de superación de un

¹ Esta Ley fue reglamentada tres años después de su sanción, a través del Decreto Nro. 603/2013 y mucho de sus artículos quedaron sin reglamentar.

² La sanción de este Plan es entendido para algunos autores (Corda et al., 2014, Corbelle 2018) como “el premio consuelo” ante la no modificación de la ley Nro. 23737, específicamente en lo relativo a la despenalización de la tenencia de sustancias ilegalizadas para consumo personal. A su vez la Ley Nro. ley 26.934 mediante el cual crea este Plan, pese a reclamos de distintos sectores aún se no ha reglamentado.

³ Se crearon diversos organismos y mesas intersectoriales, como la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, los Órganos de Revisión de la Ley de Salud Mental, el Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones, la Unidad de Letrados, entre otras.

⁴ Realizamos algunas consideraciones en torno a la noción de “adicción” en el primer capítulo de este escrito.

⁵ Si bien ya en el año 1968 con la sanción del Decreto- Ley Nro. 17.711 (bajo el gobierno de facto de Onganía) se situó la atención por el uso de estupefacientes en el campo de la salud mental, esta se encontraba en las antípodas de un enfoque de derechos. Con dicha Ley se reformó el Código Civil incorporándose la posibilidad de internar compulsivamente a los “toxicómanos” y limitar su capacidad legal (Corda et al., 2014). Sí es preciso considerar que la Provincia de Santa Fe cuenta desde 1991 con la Ley de Salud Mental Nro. 10772 anclada en el enfoque de derechos, pero que no contemplaba explícitamente las cuestiones vinculadas a los consumos problemáticos como la normativa nacional.

modelo eminentemente asistencial y curativo y la adopción de otro, de tipo comunitario y preventivo (p.44).

Esto implica que el sector salud no solo “reciba” esa demanda sino que gestione una respuesta activa y eficaz a los problemas de salud vinculados al uso drogas, en la que necesariamente debe involucrar a otros sectores (Pawlowicz et al., 2011). En este sentido, si el desarrollo de respuestas específicas se limita al ámbito sanitario se corren una serie de riesgos como la consolidación de la primacía del modelo biomédico en relación a otros saberes y prácticas, la construcción de las/os otras/os como enfermas/os-pacientes y del uso de drogas como patología, desconociendo que el uso de sustancias no siempre se convierte en daño (Pawlowicz et al., 2011). De hecho como señala Benedetti (2015) “la mayoría de los consumidores de sustancias psicoactivas no son consumidores problemáticos” (p. 18).

Diversas situaciones pueden constituirse en barreras al momento de acceder a los servicios de salud; la estigmatización social de determinadas conductas o la penalización de ciertas prácticas sociales - como en el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, de las heridas de armas de fuego o del consumo de estupefacientes- que incluso pueden implicar sanciones privativas de la libertad, configuran importantes obstáculos para las/os usuarias/os.

En relación a la problemática que nos convoca, nos encontramos con que, pese a los cambios legislativos vinculados a un modelo integral de abordaje comunitario, la tenencia⁶ de sustancias ilegalizadas continúa siendo penada⁷ (tal como se establece en la Ley Nacional Nro. 23737⁸, de Tenencia y Tráfico de Estupefacientes) lo que constituye en un factor clave a la hora de analizar la accesibilidad a los servicios de salud (Corbelle, 2018; Touzé, 2017; Corda, et al., 2014; Pawlowicz et al., 2011;). Además la posibilidad plasmada en esta Ley, de suspender una pena y reemplazarla por una “medida de seguridad curativa”

⁶ Corbelle (2018) habla de una penalización encubierta del consumo, dado que se lo penaliza de forma indirecta mediante la penalización de la tenencia.

⁷ Touzé et al (2008) señala que el tratamiento jurídico de la posesión de drogas para consumo personal es diferente en la legislación de los distintos países de América Latina. La Argentina está entre los países que la consideran un delito que merece la pena de prisión. Pero su consideración como delito no ha sido siempre la misma en la legislación penal de este país. Entre 1926 y 1968 se trató como delito. Luego se realizó una modificación que expresamente excluía como infracción penal la posesión para uso personal. Esta situación continuó hasta el año 1974 cuando se sancionó la Ley 20.771 que volvió a penalizar la posesión de drogas hasta con seis años de prisión, aunque estuviera destinada a uso personal. En 1986 la Corte Suprema declaró la inconstitucionalidad del artículo que lo establecía. Finalmente en 1989, se sancionó la Ley que rige en la actualidad, la que nuevamente lo considera delito. En el año 2009 la Corte Suprema de Justicia llevó a cabo el llamado “fallo Arriola” en el que declaró la invalidez del artículo 14 de la Ley 23737, dado que entraba en contradicción con el artículo 19 de la Constitución Nacional al invadir el ámbito de la libertad personal. Sin embargo, pese a distintas propuestas de modificación para despenalizar la tenencia para consumo personal, la Ley continua vigente.

⁸ Para un análisis de los debates parlamentarios vinculados a una modificación de la actual Ley de estupefacientes recomendamos la lectura del libro de Corbelle, F. (2018) El activismo político de los usuarios de drogas: de la clandestinidad al Congreso Nacional (1a ed). TeseoPress.

(habiendo asumido primero la culpabilidad, así como una dependencia física o psíquica a los estupefacientes, y solo para aquellos casos en que se acreditase que la tenencia es para uso personal) generó un vínculo con el sistema de salud desde un lugar de disciplinamiento y no de garante de derechos. Como señala Corda et al. (2014) los intentos hasta el momento frustrados de modificación de Ley Nacional Nro. 23737, pretendían debilitar el vínculo que esta plantea entre el campo de la salud y de lucha contra el narcotráfico.

En este contexto, configurado por el impulso de la implementación de la Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental (LSM) - destinada por lo pronto a convivir con la Ley Nacional Nro. 23737- surge nuestro interés por analizar los servicios de salud⁹ que deberían abordar los consumos de sustancias y la accesibilidad de las/os usuarias/os a los mismos. En definitiva, lo que nos inquieta es identificar obstáculos en el acceso efectivo a los derechos emergentes de aquella Ley Nacional Nro. 26657.

Así inicialmente nos preguntamos ¿Alcanza con que el servicio de salud se encuentre cerca del domicilio para que la población se acerque a él? ¿Es suficiente que los horarios de atención cubran el abanico de las necesidades de grupos poblacionales específicos para definirlo como “accesible”? ¿Cuáles son las condiciones que deben darse para que una persona acceda a los servicios de salud disponibles vinculados al uso de sustancias psicoactivas? En distintos estudios hallados sobre este tema, se apela a la noción de accesibilidad para pensar la relación entre las/os usuarias/os actuales o potenciales y los servicios de salud. Esta es abordada a partir de ciertas dimensiones más o menos delimitadas como la geográfica, organizacional, económica, administrativa y en algunas de las investigaciones se incluye también la cultural. En esta línea, en nuestro estudio nos propusimos analizar una multiplicidad de aspectos, que también aglutinamos en dimensiones, que determinan los rasgos característicos de la accesibilidad a los servicios de salud. Es desde el análisis de estas dimensiones que afrontamos la construcción de una respuesta a nuestra pregunta-problema: ¿De qué modo se configura la accesibilidad de las/os usuarias/os a los servicios públicos de salud vinculados al uso de sustancias psicoactivas?

Nos interpelaba del mismo modo conocer hasta qué punto el diseño de las políticas públicas que se relacionan con esta problemática contempla las particularidades que el acceso a la salud reviste para dichas usuarias/os, en un contexto de criminalización de sus prácticas. Abordamos la accesibilidad de los servicios para usuarias/os vinculados al uso de sustancias en general y no solo de sustancias ilegalizadas, porque entendemos que la legislación vigente sobre la tenencia y el tráfico de estupefacientes, de algún modo ha matizado la mirada sobre el conjunto de los usos o consumos de sustancias.

⁹ Tomamos como referencia la definición propuesta en el Anexo I de la Reglamentación de La LeyNº 26.657: “servicios de salud” en un sentido no restrictivo, a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados.

En esta investigación, que se presenta como un estudio de caso, nos centramos en los servicios públicos de salud de la Ciudad de Pérez, tomando como unidad de análisis el Centro Municipal de Salud (CMDS) “El Gurí” y el Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CEMAP) que funciona en dicha institución, en tanto enclave territorial desde el que abordar la accesibilidad de las/os usuarias/os. Este lugar (CMDS y CEMAP), junto con el Centro de Salud Nro. 21 “Cabín 9” y el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) componen la totalidad de la oferta pública de salud de la ciudad. Es decir que, abocadas al CMDS y al CEMAP, nos propusimos estudiar las condiciones de la oferta de servicios, los aspectos organizacionales, el tratamiento que en los mismos se da a la normativa vigente, así como las prácticas que realizan las/os trabajadoras/es de salud con estas/os usuarias/os y los sentidos que les atribuyen, en la unidad de análisis elegida.

Abordar la accesibilidad a partir de su anclaje territorial en una institución pública de salud que se ubica en una ciudad de escala intermedia, como es el municipio de Pérez y no en los grandes centros urbanos -tal como se releva en las investigaciones consultadas- le otorgó una particularidad a nuestro trabajo¹⁰. Decimos esto ya que, como mencionamos anteriormente, la tenencia para consumo de algunas sustancias es considerado un acto ilegal y sobre quienes son usuarias/os suelen operar procesos de estigmatización. En este sentido, resultó interesante analizar cómo en una ciudad intermedia se pone en juego, en el vínculo que se establece, la posibilidad de la confianza, la creencia en el saber profesional, la garantía del secreto profesional tanto como la reserva de la identidad a la hora de pensar la accesibilidad a los servicios de salud.

Por último, estudiar un centro que brinda atención primaria de la salud (APS) también nos pareció significativo en tanto este nivel “es puerta de entrada al sistema de servicios de salud” (Testa, 1996, p.2). En forma coincidente con este planteo Belizán et al. (2013) señalan que resulta de fundamental importancia “reflexionar sobre las condiciones básicas que se requerirían para garantizar los procesos de atención a sujetos con problemas de sufrimiento mental en el primer nivel de atención” (p.32), no solo porque es el más cercano a los escenarios donde estas problemáticas surgen y se despliegan en lo cotidiano, sino porque en el contexto de la Ley Nacional de Salud Mental “constituye una instancia clave en el proceso de desmanicomialización, por la vía de sustituir las practicas asilares” (p. 55).

¹⁰ Arroyo, D. (2002), afirma que en la Argentina existen cinco tipos de gobiernos locales: Áreas metropolitanas, Ciudades intermedias, Municipios grandes, Municipios chicos y Comunas. Teniendo en cuenta esta clasificación la ciudad de Pérez se ubica en el medio equidistante de las urbes más grandes y de las más pequeñas. Dentro de la categoría de “Municipios Grandes” el autor ubica a los municipios de entre 10.000 y 100.000 habitantes. Poseen un Estado local consolidado, con estructura y recursos organizados, y una sociedad civil con gran sentido de lo local, que acerca sus demandas a los gobernantes.

0.2 Un estudio con historia, en la ciudad de Pérez

La localidad de Pérez fue fundada en 1886 por Eduardo Pérez y María Pérez de Jolly, el 20 de noviembre de 1905 se convirtió en una comuna, y el 4 de noviembre de 1971 en municipio. En cuanto a los orígenes de la ciudad, identificamos una clara raíz ferroviaria, que pese a su declive en tanto polo productivo o laboral, aún está presente desde lo referencial, lo subjetivo, lo arquitectónico y lo urbanístico (Bonis et al., 2015).

El Censo Nacional de Población realizado en el año 2010 establece que Pérez tiene 27.439 habitantes. Sin embargo en una experiencia de investigación que realizamos en el año 2014 - y a la que nos referimos luego- las/os funcionarias/os públicas/os entrevistadas/os de diferentes espacios políticos consideraban que la población es mayor, y que supera los 40.000 habitantes¹¹ (Bonis et al., 2015).

La ciudad integra el Área Metropolitana de Rosario (AMR), en la provincia de Santa Fe y se encuentra ubicada a 12 km al oeste del microcentro de la ciudad de Rosario. Con una superficie de 67 km², se extiende a lo largo de la ruta nacional 33 y del ramal ferroviario que conecta Rosario con la ciudad de Casilda (Gabinete Social del Gobierno de la Provincia de Santa Fe, 2019). La cercanía con este gran centro urbano que es Rosario configura estrechas relaciones entre las ciudades ya que, mucha de la población que vive en Pérez trabaja allí y acude a la misma para resolver necesidades referidas a la salud, educación, recreativas, etc.

El flujo migratorio desde la ciudad de Rosario ha disminuido desde la década de 1990 ya que Pérez es considerada una “ciudad pobre”¹² y en ese sentido resulta menos atractiva que otras localidades cercanas a

¹¹ En relación a la discusión sobre la cantidad de habitantes que tiene la ciudad, Sgrazzutti (2007) en el Informe Final de la Consultoría Estudio y propuesta para el desarrollo del Barrio Cabín 9 - Municipio de Pérez - Provincia de Santa Fe -cuando la población estimada por el Censo 2001 era de 24.436 habitantes-, también manifestaba que dicho dato había sido cuestionado por funcionarios y otras fuentes de información no oficiales. En este sentido afirmaba: “La diferencia se estima en, aproximadamente, 10.000 personas que le faltarían a la población de Pérez en el Censo del 2001. La hipótesis es que una porción importante de la diferencia se explica porque el barrio Cabín 9, o por lo menos una parte muy importante de él, habría quedado fuera del Censo o habría sido incluido en la ciudad de Rosario, cuya proximidad geográfica es perfectamente clara. Este error se arrastraría desde el año 1991, lo que motivó al municipio a realizar su propio relevamiento en los años 1997 y 2007. Dado que el relevamiento de 2007 estableció que unas 7.500 personas eran habitantes del barrio, es posible que la cifra mencionada más arriba constituya una sobre estimación de la población de la localidad. Lo cierto es que el dato poblacional estaría en controversia y tales cifras, en consecuencia, debieran usarse teniendo en cuenta esta salvedad”, (Sgrazzutti, 2007, p.6 – nota al pie-).

¹² En nuestros registros de campo de la investigación del año 2014 los sujetos entrevistados sostienen que “Pérez es la segunda ciudad más pobre de la provincia” luego de Villa Gobernador Gálvez. Esto también es mencionado en el informe de Mateos y Pontoni (2005) “Evaluación de la capacidad de gestión territorial de la Municipalidad de Pérez” como una afirmación realizada por el intendente de ese momento Darío Corsalini, que se basaba en las cifras calculadas a partir de la coparticipación provincial (coparticipación por habitante). En dicho documento se establecía que si bien el municipio podría aspirar a un mayor porcentaje de coparticipación general, el mismo se veía reducido debido al bajo nivel de recaudación. Los datos precisados en

Rosario como Funes, Pueblo Ester o Ibarlucea - constituidas en su mayoría como “ciudades dormitorio”. También menos atractiva que las localidades más próximas como Soldini o Zavalla. Según datos del Censo Nacional de 2010, el porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (12.65%) casi duplicaba al del departamento Rosario (6.56%). Desde el año 2012 con el lanzamiento del Programa de Crédito Argentino del Bicentenario para la Vivienda Única Familiar (PRO.CRE.AR) algunas personas que vivían fundamentalmente en zonas periféricas de la ciudad de Rosario adquirieron un terreno para la construcción de su vivienda en la ciudad de Pérez. Sin embargo como se señala en el Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030” (2017) “Pérez es la única localidad de la región metropolitana donde no se registra expansión de las áreas urbanizadas destinadas al desarrollo de nuevos emprendimientos de carácter residencial” (p. 37)

En el año 2014 a pedido de la Municipalidad de Pérez, específicamente desde la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad (SDSTeyD) y financiado por el Programa Provincial Vínculos para la Prevención Social de Delito y la Violencia en Gobiernos Locales, se desarrolló un estudio diagnóstico sobre consumos problemáticos de sustancias en esta ciudad. El estudio fue realizado por tres profesionales del campo de la antropología- una de esas profesionales es quien elabora esta tesis¹³, que indagaron en torno a las características que el uso problemático de sustancias adquiriría en la ciudad de Pérez, haciendo especial hincapié en las percepciones sobre el mismo, para distintos actores y sectores de la población.

El conocimiento construido y las reflexiones surgidas a partir de dicha experiencia de investigación fueron sistematizados y compartidos en congresos, jornadas e instancias de intercambio académico y se retomaron a lo largo de esta investigación¹⁴. De hecho, esta tesis surge con la idea de problematizar en clave de análisis de políticas públicas aspectos que no alcanzaron a ser abordados por dicho estudio. Si bien se

dicho informe, perteneciente al año 2004, arrojan que para esa fecha sólo el 33% de los contribuyentes realizaba el pago de las tasas municipales.

¹³ Nos referimos a la siguiente investigación: Bonis, F., Llovera, S. y Scialla, M. (2015). Estudio local sobre consumos problemáticos de sustancias - Municipio de Pérez. Páginas: 1-542.

¹⁴ Mencionamos los siguientes trabajos:

- Bonis, F., Llovera, S. y Scialla, M. (2014). El abordaje del consumo problemático de sustancias en la ciudad de Pérez como política pública presentada en – XI Congreso Argentino de Antropología Social – GRUPO DE TRABAJO GT31-ANTROPOLOGÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS. Facultad de Humanidades y Artes – UNR – Rosario, Argentina.
- Bonis, F., Llovera, S. y Scialla, M. (2015). Estudio local sobre consumos problemáticos de sustancias - Municipio de Pérez.
- Llovera, S. y Scialla, M. (2016). La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas? Ponencia presentada en las III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe (IELAC), Buenos Aires, CLACSO – Universidad de Buenos Aires.
- Llovera, S. y Scialla, M. (2017) Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado” en Revista Temas y Debates. ISSN 1666-0714, año 21, número 34, julio-diciembre 2017, pp. 77-99.

realizó un interesante trabajo de campo al que apelamos en distintas ocasiones¹⁵, las instituciones de salud no fueron analizadas específicamente (dado que excedían nuestros objetivos de investigación) y es lo que nos propusimos abordar en este trabajo.

En este sentido, algunas cuestiones vinculadas al proceso de investigación en 2014, despertaron nuestra inquietud sobre el rol que los efectores de salud públicos ocupaban o podían ocupar como lugar de referencia para la población en relación a esta problemática.

Por un lado el relevamiento de las acciones de prevención y asistencia desarrolladas en la ciudad hasta ese momento¹⁶, exponía que pese a su heterogeneidad en cuanto a la mirada del consumo problemático, en todas estas iniciativas frente a una situación de consumo problemático se recomendaba dirigirse (o se realizaba la derivación) a una institución especializada a la ciudad de Rosario, mayoritariamente a la Asociación Nazaret. Por otro, el análisis de los datos de las encuestas del Observatorio Argentino de Drogas que realizamos ese mismo año, daba cuenta de que las Iglesias y grupos religiosos, por ejemplo, eran espacios de referencia muy importantes para ir en búsqueda de ayuda u orientación ante situaciones de uso problemático de sustancias, y que en general representaban un porcentaje más alto que los centros de salud, especialmente en los barrios Cabín 9 y Jardín de esta ciudad. Dicho estudio señalaba también que un 87% de

¹⁵ En cuanto al trabajo de campo, en el marco de dicha investigación se realizaron: una encuesta exploratoria en comercios - con un formulario auto administrado- como medio para sondear las opiniones generales que la población tenía en relación a la problemática -se colocaron 43 urnas en comercios de los distintos barrios de la ciudad y se obtuvieron 400 respuestas-; una encuesta a estudiantes secundarios de segundo y cuarto año, de autoadministración guiada en las tres escuelas públicas de la ciudad- alcanzando un total de 162 encuestas, 77 en los segundos años, y 85 en los cuartos años; y un total de 21 entrevistas semi- estructuradas realizadas a los concejales e intendente que ejercían su mandato en ese período, secretarios de reparticiones municipales, trabajadoras sociales del municipio, representantes del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención de Adicciones “Desde el Pie”, representantes de instituciones religiosas de la ciudad, directivos de escuelas primarias y secundarias, miembros de distintas organizaciones de la sociedad civil ligados a la prevención del consumo problemático de sustancias, entre otros. Por último se llevó a cabo el estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad junto al Observatorio Argentino de Droga –SEDRONAR- que se menciona en la presente tesis.

¹⁶ En el Informe Final del Estudio Diagnóstico que presentamos al municipio, analizábamos de modo general distintas iniciativas relacionadas con la prevención y la asistencia para situaciones de consumo de sustancias en la ciudad de Pérez, previas a la creación del Centro de Asesoramiento y Prevención en Adicciones. Nuestro estudio de hecho era parte de las iniciativas contempladas dentro de la puesta en marcha del centro, financiado por un programa provincial. Así aparecían diferentes experiencias: grupos que habían trabajado en algunos barrios de la ciudad con propuestas preventivas (actividades que fueron avaladas o declaradas de interés municipal y en algunos casos recibieron aportes económicos del Concejo Municipal de la ciudad); el Área de Prevención de Adicciones dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad (SDSTEyD), un espacio en el cual se asesoraba a las familias que se dirigieran a la entonces secretaría con motivo de esta problemática, tarea realizada de modo semanal y ad honorem por la actual coordinadora del CEMAP, que también dictaba charlas de prevención en las escuelas de la mano – en algunos casos - de Asociación Nazaret; y los inicios de lo que luego sería el Punto de Encuentro Comunitario (PEC) de SEDRONAR en este caso como una iniciativa impulsada por la ONG Madres Solidarias, que en ese momento se dedicaba especialmente a hacer el nexo con la SEDRONAR para cubrir tratamientos a quienes no tenían obra social o prepaga.

la población encuestada había manifestado desconocer una propuesta de abordaje en relación a la problemática del uso de sustancias en su barrio y/o ciudad. Por último el entonces Secretario de Salud - entrevistado en el marco de dicho estudio en 2014- consideraba que no era responsabilidad del municipio dar respuesta a esta problemática pese a que reconocía que todos los fines de semana recibían situaciones vinculadas a consumos problemáticos. Este funcionario, sostenía posicionamientos contrarios a los principios que proponía la Ley Nacional de Salud Mental dado que concebía a la internación como el único recurso posible, a la adicción como una enfermedad que no tiene cura -solo puede mejorarse- y a toda forma de consumo como antesala de una relación de dependencia con las sustancias - sosteniendo el estereotipo de la “carrera adictiva”¹⁷. Estas cuestiones, volvían interesante un análisis específico sobre las respuestas que se estaban ofreciendo desde el ámbito municipal a esta problemática.

A su vez, las políticas vinculadas a este marco normativo (LSM) en general se desarrollaron en los años posteriores a nuestra primera experiencia de investigación del 2014, del mismo modo que ocurrió en otros lugares del país¹⁸. En lo que hace específicamente al Gran Rosario podemos mencionar, por ejemplo, la puesta en marcha desde el 2014 de las Casas Educativas Terapéuticas (CET)¹⁹ los Centros Preventivos Locales de las Adicciones (CEPLA)²⁰ - devenidos luego en Dispositivos de Abordaje Territorial (DIAT)-, y los Puntos de Encuentro Comunitario (PEC)²¹ dependientes de la SEDRONAR y la creación en el año 2016 de “La Estación” bajo la órbita del municipio de Rosario²². A nivel provincial resulta insoslayable considerar la creación en ese

¹⁷ Señalaba este funcionario en la entrevista del año 2014: “¿Vos sabés como empieza una intoxicación por...? No arranca un tipo fumándose un opio. La intoxicación o la adicción empieza los fines de semana. Al principio, toman vino, toman whisky, lo que sea, y lo mezclan con psicotrópicos. Ya el sábado y el domingo no les alcanza, empiezan durante la semana, el lunes, el martes, el miércoles. O a mitad de semana, ya arrimándose al fin de semana siguiente. Y ya después no les alcanza, ni el alcohol ni los psicotrópicos, y empiezan con la marihuana, y después empiezan con la cocaína, la de menor calidad, porque no tiene plata. Ya no les alcanza el fin de semana, empiezan de nuevo: lunes, martes, mitad de semana. Así hasta que se convierten en un adicto de toda la semana, directamente necesitan tener la droga de lunes a lunes”. (Registros de campo, 2014).

¹⁸ La SEDRONAR luego de la división de sus funciones a fines de 2013, donde deja de ocuparse del control del tráfico y se dedica al trabajo sobre la “demanda” es decir sobre las personas que usan sustancias planeó en 2014 de la mano del plan IACOP (Dirección de Salud Mental y Adicciones) “la construcción de 60 espacios terapéuticos y 150 centros preventivos locales de consumos problemáticos en el país”. (Aranda, 2019, p. 75). Luego, con el cambio de gestión a nivel nacional “la política de SEDRONAR fue forzar a los gobiernos locales y representantes religiosos a asumir la gestión de los espacios que habían prometido mantener”(Aranda, 2019, p. 85)

¹⁹ Una ubicada en Granadero Baigorria y otra en Rosario.

²⁰ Dos centros en Villa Gobernador Gálvez y dos en la ciudad de Rosario (en los barrios Empalme Graneros y Triángulo Moderno).

²¹ Cuatro, tres de ellos en la ciudad de Rosario y uno de la ciudad de Pérez, en el barrio Cabín 9.

²² Belizán y Cocconi (2017) definen a este espacio que depende del Gabinete Social de la Municipalidad de Rosario como “un espacio de referencia para el abordaje integral de consumos problemáticos. El objetivo de este dispositivo es asesorar, atender e intervenir desde una mirada integral a demandas vinculadas a los consumos problemáticos, sostenida por una serie de dispositivos en un engranaje intersectorial e interdisciplinario”. (p. 13). Este espacio reemplazó al Programa de Adicciones en el CEMAR (que contaba con una única persona que básicamente gestionaba becas de tratamiento a quienes la solicitaban) y a la

mismo año de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD) y las distintas políticas impulsadas por este organismo que depende del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado.²³

Por esta razón, en esta nueva etapa de investigación, y de un modo un tanto esquemático, nos habíamos preguntado inicialmente por el impacto que la sanción de la LSM podría haber tenido en la configuración o rediseño de los dispositivos de orientación y/o asistencia vinculados al uso de sustancias en la ciudad de Pérez. Considerando que la cristalización de las legislaciones en el campo de lo social es un fenómeno de compleja aprehensión, esta investigación se propuso entonces como objetivo general analizar la accesibilidad de las/os usuarias/os con usos problemáticos de sustancias a los servicios del Centro Municipal de Salud “El Gurí” (CMDS) y del Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CEMAP), en el contexto de aplicación de la LSM. Entre la pregunta general por la accesibilidad de las/os usuarias/os a los servicios y el abordaje concreto de nuestro problema de investigación mediaron otros interrogantes que despliegan algunos de los aspectos del problema y que compartimos a continuación.

¿Cómo se configura la oferta de servicios de salud disponibles para estas/os usuarias/os? ¿Es posible establecer vínculos entre dicha configuración y las condiciones de accesibilidad? Pensamos también cuáles serían los aspectos organizacionales más relevantes del servicio de salud elegido que pueden condicionar la accesibilidad de las/os usuarias/os al mismo; y de qué modo se produciría dicho condicionamiento. En relación a la forma en que el ordenamiento legislativo vigente en materia de consumos problemáticos de sustancias se manifiesta en esta organización, nos interesó observar cómo las/os diferentes actores “dotan de sentido, hacen propias y resignifican las renovaciones legales” (Graziano, 2017, p.57) y las normativas en general. Nos preguntamos por los sentidos y prácticas de las/os trabajadoras/es públicos de la salud del Municipio de Pérez en relación a las/os usuarias/os de sustancias legales e ilegalizadas y a la accesibilidad de estas personas a los servicios de salud; si dichos sentidos y prácticas pueden condicionar el acceso a la salud

experiencia de Mini equipos: equipos interdisciplinarios en territorio que dependían de la Dirección General de Salud, “que iban a buscar a los pibes y a pensar desde este lugar, la reducción de Riesgos y Daños y a su vez desde un sentido más amplio, más de vulnerabilidad.” (Entrevista a Fabaz en Matthys, 2018, p.114) Para conocer más de esta experiencia sugerimos la lectura de la presentación de D’Anna, L. (2011) *Experiencia del Proyecto de Prevención y Asistencia a las Adicciones de Rosario* en -

Touzé, G. (Comp.) (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. (1a ed.) Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

²³ En la publicación del Observatorio de dicho organismo (2019) señalan que hasta la creación de APRECOD “las respuestas del Estado Provincial provenían de diferentes áreas de gobierno, que enfatizaban en uno u otro aspecto de la problemática: salud, desarrollo social, educación; y de diferentes jurisdicciones que intervenían sobre el territorio provincial sin articular propuestas y superponiendo recursos. Estos abordajes carecían de una mirada integral de la problemática que reconociera su complejidad y multicausalidad y garantizara un enfoque de derechos. Por un lado, no consideraban los diferentes aspectos de la vida de las personas de manera holística. Por el otro, se centraban principalmente en la atención sin percatarse de la necesidad de impulsar acciones de prevención y promoción”. (p. 4)

de las/os usuarias/os de sustancias legales e ilegalizadas, y de qué modo esto sucedería. Finalmente nos despertaba interés conocer cómo se vinculan las acciones de las/os trabajadoras/es de salud con las políticas públicas vigentes en esta materia, con los lineamientos institucionales y con los recursos materiales disponibles en sus ámbitos de trabajo.

Con estas preguntas iniciamos nuestro proceso de investigación que ahora presentamos en este escrito, organizado en cuatro capítulos y un apartado de consideraciones finales. En el **primero**, realizamos una presentación sobre lo que entendemos como contexto general de esta tesis: la construcción del problema “droga” como cuestión social. Se trata de un breve recorrido sobre la consolidación del paradigma abstencionista- prohibicionista y la declaración de la “guerra contra las drogas”, teniendo en cuenta su influencia en la configuración de las respuestas para abordar los consumos de sustancias –sobre la que profundizamos en el siguiente capítulo-. Destinamos otra parte del primer capítulo a recuperar distintas investigaciones que constituyen antecedentes de nuestro trabajo, con lo que dialogamos a lo largo del escrito. Finalmente damos cuenta de las orientaciones teórico- metodológicas que guiaron la investigación, explicitando el modo en el que entendemos el estudio de las políticas públicas desde un abordaje antropológico y los conceptos y categorías principales que utilizamos para el análisis.

El **segundo capítulo** se inicia con una exposición breve de la conformación del sistema de salud en nuestro país y sobre las respuestas que se han configurado para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias. Si bien lo sustancial de este capítulo es la presentación del CMDS y del CEMAP, entendemos que estas consideraciones, pese al modo sintético y simplificado de presentación, le otorgan un mayor grado de inteligibilidad a los análisis que llevamos a cabo en los capítulos siguientes. Una vez realizadas, describimos los servicios de salud que existen en la ciudad de Pérez, algunas cuestiones relativas a la cobertura de la población y al presupuesto municipal destinado a salud. Nos detenemos luego en las prestaciones del CMDS “EL Gurí” (incluido el CEMAP) y finalmente describimos de modo general las propuestas “específicas” disponibles para abordar los consumos problemáticos de sustancias en el ámbito municipal, que analizamos en profundidad en el cuarto capítulo.

En el **tercer capítulo** realizamos algunas consideraciones o análisis sobre la configuración de los servicios de salud en la ciudad de Pérez que describimos en el segundo capítulo, haciendo hincapié en la capacidad de respuesta del sistema sanitario y en ciertos puntos críticos del mismo. Reparamos de forma muy breve en distintos aspectos de “la cuestión sanitaria” que si bien no se restringen al CMDS (nuestra unidad de análisis) generan o pueden generar ciertos condicionamientos a los modos de respuesta de la gestión municipal y específicamente del CMDS, ante problemas de salud en general y de uso de sustancias en particular.

En el **cuarto capítulo** analizamos los procesos de atención vinculados a los usos problemáticos de sustancias en el CMDS “El Gurí” y en el CEMAP desplegando distintas reflexiones que surgieron de esa ida y vuelta permanente entre nuestras orientaciones teóricas y el trabajo de campo. Para exponer el análisis combinamos la propuesta del flujograma de Merhy (2016) donde los procesos de atención se presentan organizados en ciertas etapas: entrada, recepción, decisión (si/no), menú de ofertas y salida, con las dimensiones de la accesibilidad que definimos en el primer capítulo de este escrito. A su vez estos procesos de atención son analizados en toda su extensión en relación a la normativa vigente (Ley Nro. 26657 y Ley Nro. 23737).

En las **consideraciones finales** realizamos una síntesis de lo desarrollado, en la que damos cuenta de las relaciones que se establecen entre los distintos obstáculos reconocidos en el capítulo anterior. Señalamos además el modo en que las dimensiones que planteamos para abordar la accesibilidad se ponen en juego, ya no en cada momento sino en el conjunto de los procesos. Cerramos el escrito estableciendo algunos desafíos tanto para las políticas públicas que se generan en relación a la problemática que estudiamos como para nuestras futuras investigaciones.

Capítulo 1

1.1 Algunas consideraciones sobre la construcción del problema “droga” como cuestión social²⁴

La pregunta ¿qué drogas son peligrosas y merecedoras de control? tiene ya una respuesta terminante. Son peligrosas y merecedoras de control aquellas cuyo consumo alarme a las fuerzas del orden en cada territorio. Drogas peligrosas son las drogas prohibidas. Es la prohibición aquello que determina la naturaleza farmacológica de algo, en vez de ser esa naturaleza lo que determina su prohibición.

Escohotado, 1998.

Si bien la historización y el desarrollo de lo que llamamos “construcción del problema droga como cuestión social” exceden los objetivos de este trabajo - al tratarse de un fenómeno complejo de escala mundial- nos interesa realizar algunas consideraciones. Comenzamos por señalar que pensar al consumo y a la venta de sustancias como algo “problemático” no es natural; en realidad nada es natural en nuestras sociedades, pero en este caso es posible observar de forma bastante explícita –aunque de ningún modo hablemos de una cuestión simple- el proceso mediante el cual “la droga” se erigió como “el flagelo de la humanidad” condicionando las políticas para su abordaje (Llovera y Scialla, 2016). Algunas/os autoras/es identifican a dicho proceso como “la construcción social del problema droga” (Corbelle, 2018; Touzé, 2017; Abonizio, 2008;). Como señalamos en escritos anteriores “reflexionar en torno a la droga como problema implica desandar los caminos por los cuales fue erigida como tal” (Llovera y Scialla, 2017, p.2).

Distintas investigaciones (López Muñoz, 2007; Escohotado, 1998, MacKenna, 1994), dan cuenta de que el uso de sustancias que pueden alterar estados psíquicos y mentales no constituye una práctica reciente, sino que se arraiga en la historia de la humanidad. Escohotado (1998) señala que los modos en que estas sustancias, sus usos y los sujetos que las utilizan han sido percibidos, presentan notorias diferencias que dependen de los grupos humanos involucrados, del contexto histórico, político y económico en el que se inscriben las prácticas, de los intereses en juego, entre otros múltiples factores.

Rossi (2014) reconoce que estas sustancias en muchos casos fueron - y continúan siendo- parte de la cosmovisión de los pueblos y elementos constitutivos de su identidad. No obstante, en el contexto de las sociedades occidentales capitalistas, el significado que se les atribuye es el de un objeto fetichizado, es decir, una mercancía; Bialakowsky y Cattani (2001) plantean que la droga se mimetiza, como mercancía, y asume las reglas de circulación del mercado, legal e ilegal, legal y paralelo.

²⁴ Este apartado recupera parte de lo trabajado por Llovera, S. y Scialla, M. (2016) en La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas? Ponencia presentada en las III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe (IELAC), Buenos Aires, CLACSO – Universidad de Buenos Aires y Llovera, S. y Scialla, M. (2017) Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado” en Revista Temas y Debates. ISSN 1666-0714, año 21, número 34, julio-diciembre 2017, pp. 77-99.

Situándose en la década del 50 del siglo XX, Del Olmo (1989) afirma que ni en los países del centro ni en los países de la periferia el consumo de drogas causaba aún gran inquietud. Es decir que, aunque para algunos pueda resultar una obviedad, las llamadas drogas no siempre fueron percibidas como “el flagelo de la humanidad”, lo que no significa que hayan existido preocupaciones por algunos usos así como también severas restricciones (Llovera y Scialla, 2016).

En un momento histórico determinado y respondiendo a intereses específicos, la construcción de la droga como objeto, despojado de los vínculos de integración comunitaria y de conexión con otras dimensiones de la existencia, comienza a ser entendida como un problema que afecta al conjunto de la sociedad y que debe ser abordado desde políticas estatales. En relación a la direccionalidad que han adquirido las iniciativas de parte de los Estados en relación al consumo y la venta de determinadas sustancias, podemos decir que una vez consolidado el problema de la droga como cuestión social comienzan a gestarse paradigmas, muy divergentes entre sí, en torno al modo de pensar, diseñar e implementar políticas en materia de drogas. Los mismos no emergen sólo del campo de la administración pública, sino que articulan los conocimientos y problemáticas elaboradas desde el campo biomédico, el jurídico y el de las ciencias sociales (Llovera, y Scialla, 2016). Con la intención de poder avanzar hacia lo que esta investigación se propone específicamente, aglutinamos esta divergencia de paradigmas en dos grandes grupos.

Uno de ellos es identificado como el de “la guerra contra las drogas”, el cual estaría definido, según Ehrenberg (1996) por la tríada compuesta por la abstinencia como ideal normativo, la desintoxicación para aquellos que hayan vivenciado o estén vivenciado una situación de consumo, y la erradicación de las drogas como horizonte político. En relación a las políticas focalizadas en las/os usuarias/os de drogas, ha recibido también el nombre de “prohibicionismo” o abstencionismo y como señala Abonizio (2008) “corresponde al discurso del ‘Just say no’ (‘sólo diga no’) esgrimido en la presidencia de R. Reagan; este slogan fue el lema más paradigmático de la campaña preventiva centrada desde el abstencionismo” (p.95).

El otro paradigma, que surge en parte como respuesta al prohibicionismo, reconoce la existencia del consumo y venta de drogas a nivel mundial como una situación de hecho, por lo que en el lugar de hacer “la guerra a las drogas” propone que es necesario “convivir con ellas”. Desde esta perspectiva se busca la moderación como ideal normativo, la diversificación de la oferta de cuidados para quienes utilizan drogas y la reducción de los daños, generados por la oferta masiva de drogas y por sus usos, como política integral. Por este motivo es también conocido como paradigma “de la reducción de daños”²⁵. Es interesante reparar en

²⁵ A su vez, como señalan Llovera, M.S. y Scialla, M. (2017) “Algunos autores vinculados a la sociología penal elaboran análisis que pretenden relacionar a los paradigmas vigentes en materia de drogas con racionalidades políticas y concepciones de sujeto particulares y divergentes pero que operan, no obstante, en un mismo contexto internacional. Si tomamos en cuenta estos

que aunque se suele pensar a las estrategias consideradas de reducción de daños como algo relativamente reciente o vinculado a la expansión a escala mundial del uso de sustancias psicoactivas, como afirman Epele y Grimberg (2002) “se registran antecedentes en el siglo XIX, específicamente en las prácticas tendientes a disminuir las consecuencias negativas del consumo de opiáceos en la Inglaterra victoriana” (p.4).

El análisis de las medidas tomadas a nivel internacional en relación a las drogas, su consumo y comercialización demuestra que, pese a la coexistencia –plagada de tensiones- de dichos paradigmas en el contexto actual, ambos no han recibido la misma relevancia y adhesión por parte de los diversos gobiernos nacionales. Desde el primer acuerdo internacional en materia de drogas, celebrado en los albores del siglo XX, el paradigma que ha demostrado ser hegemónico es el de “guerra contra las drogas” (Llovera, y Scialla, 2016).

Del Olmo (1989) señala que el uso de esta expresión coincide con la emergencia del discurso político-jurídico transnacional. Se trata en realidad de un modelo geopolítico en el que se incorporan los postulados de la Doctrina de la Seguridad Nacional al tema de las drogas. Se cristaliza bajo esta doctrina la idea de enemigo externo.

En América Latina, la influencia de las convenciones y convenios internacionales vinculados a este tema²⁶ se ha expresado en las múltiples promulgaciones de leyes nacionales que acatan las recomendaciones de las convenciones por parte de la mayoría de los países, a lo largo de las décadas de 1970 y 1980. De hecho Touzé (2006) señala que es durante este período cuando el “problema droga” se consolida como tal en Argentina. La implementación de dicha “guerra” a lo largo del tiempo y a escala mundial acumula cuantiosas evidencias que hacen pensar a todas las políticas a ella asociadas como un rotundo fracaso. El resultado ha sido fundamentalmente la persecución de consumidores antes que de traficantes. Sin embargo “los instrumentos de regulación mencionados anteriormente y la lucha contra el narcotráfico se han mantenido absolutamente vigentes incrementando sin límites los recursos invertidos” (Llovera, S. y Scialla, M., 2016, p. 3). Esto no quiere decir que dichas políticas no hayan sido- y continúen siéndolo- cuestionadas por distintos actores y sectores sociales.

Del Olmo intenta exponer los modos en que la droga ha sido utilizada como “chivo expiatorio” para justificar distintas acciones de los Estados Unidos en el resto del mundo; acciones que exceden a la cuestión

análisis, a la cuantiosa literatura tendiente a identificar los estereotipos construidos por el prohibicionismo se le añadiría un vasto campo de estudios que no toman a la reducción de daños como un paradigma más auspicioso per se” (p. 17)

²⁶Pese a los hitos previos en la materia –como la aprobación en 1912 de la Convención Internacional del Opio celebrada en 1909-, es luego de la segunda guerra mundial cuando se consolida el sistema de regulación internacional de drogas, sostenido en el paradigma prohibicionista. Como herencia de esta etapa, dos convenciones y un convenio internacional son los que configuran el actual sistema de fiscalización de drogas en el mundo: la Convención Única de Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

de “la droga”. De acuerdo a cuáles sean los intereses perseguidos (estigmatizar a inmigrantes que “sobran” en el mercado de trabajo en contextos de crisis económica, demonizar procesos revolucionarios, encauzar a los jóvenes norteamericanos que cuestionaron el orden, establecer bases militares en América Latina, entre otros) “la droga” será percibida como enemigo interno, como enemigo externo, como un problema de los pobres, como un problema de los ricos, como un problema de unos pocos o como una tragedia colectiva. A su vez quienes consumen las sustancias podrán ser considerados delincuentes, enfermos, drogadependientes, víctimas o victimarios (Llovera y Scialla, 2016).

Como señala Germain (2004)

la ‘adicción’ parece constituirse en el punto de intersección entre políticas preventivas, de intervención y represivas en el campo de la salud y el de la seguridad, entre ‘enfermedad’ y ‘delito’ - produciendo en rigor un tipo de delito como ‘el consumo’ en el que víctima y victimario coinciden, dando visibilidad nuevamente a la aporía de la responsabilidad individual ligada al ejercicio de la libertad como derecho en el campo de las acciones privadas. (p.13)

Reflexionar en torno de las nociones de “droga” y “adicción” así como advertir sobre los riesgos de naturalizar definiciones como drogadependencia, drogadicto/a o adicto/a fueron procesos indispensables para complejizar nuestra mirada en el ejercicio de investigación. Así en este escrito hablamos de “consumos problemáticos” o de “usos problemáticos de sustancias” y recuperamos parte de la definición propuesta en el artículo segundo de la Ley 26.934: “se entiende por Consumos Problemáticos aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales”. Pese a tomar esta definición en su generalidad, no acordamos con la noción de cronicidad que establece, dado que puede contribuir a que se conciban ciertos padecimientos como estados inmodificables. Además de este modo se excluyen consumos episódicos o esporádicos que sin embargo son problemáticos, como la conducción de vehículos bajo los efectos de sustancias psicoactivas, entre otros.

En cuanto al modo en que se ha corporizado esta problemática en las instituciones de salud, Abonizio (2008) señala que existen en ellas una multiplicidad de criterios y dilemas no explicitados respecto a posibles paradigmas y abordajes del complejo “drogas” que opera como “currículum oculto” en las instituciones, en los “modos” de trabajar por parte del personal de salud y en la direccionalidad de la gestión, lo que conduce muchas veces a la negación y silenciamiento del tema, cristalizándose la complejidad de su representación en creencia o ideología. En este sentido, nos interesaba reparar en nuestra investigación en los modos en que estas cuestiones más paradigmáticas se colaron en la configuración de los servicios y si pueden ofrecernos algunas pistas para caracterizar la accesibilidad. No obstante, somos conscientes de que éstas, como

cuestiones estructurantes no resultan inmediatamente captables o perceptibles en la configuración de los servicios o en las representaciones sociales de los actores, dado que operan como paradigma social interpretativo de la situación a la que se busca responder. Considerando esta complejidad, las respuestas que se diseñan así como los obstáculos que suscitan son las que analizamos bajo este horizonte. Encontramos puntos de relación entre lo que afirmamos anteriormente y lo que proponen Rossi et al (2007) cuando señalan que

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 (p. 11).

En el próximo capítulo nos ocupamos de analizar de modo más concreto en qué medida las respuestas asistenciales para las/os usuarias/os de sustancias han sido influenciadas por este paradigma prohibicionista y “guerra contra las drogas” y las disputas generadas en relación a estos abordajes.

1.2 Antecedentes con los que dialoga esta tesis

Desde que iniciamos esta tesis y a lo largo de todo el ejercicio de investigación, indagamos en una pluralidad de fuentes que han abordado temas similares al que estudiamos aquí. Muchos de esos escritos se constituyeron en aportes sustantivos para la formulación de nuestro problema de investigación y nos permitieron ubicar algunos recorridos ya efectuados sobre los que podíamos avanzar. Por razones de economía expositiva hacemos una referencia acotada al contexto en el que se inician las investigaciones sobre los sistemas de salud y su accesibilidad, y mencionamos algunos análisis realizados sobre el acceso al sistema de salud en Argentina y su configuración –que retomamos en el próximo capítulo-. Luego damos cuenta de algunos estudios que se interesan por la accesibilidad de los servicios de salud para diversas poblaciones, colectivos o grupos. Finalmente nos detenemos específicamente en las producciones que han indagado sobre los vínculos entre las/os usuarias/os de sustancias y los sistemas de salud. También recuperamos algunas cuestiones que se trabajaron en el estudio diagnóstico de la ciudad de Pérez.

Hacia fines de los años 60 la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) adquiere relevancia y visibilidad como campo de estudio y dentro dicho campo empieza a ser utilizado el concepto de accesibilidad (Mauro et al., 2011). Es en el contexto de la Alianza para el Progreso donde las políticas de salud se presentan como un área prioritaria para alcanzar el desarrollo social de los distintos países de Latinoamérica (Garbus, 2010). El objetivo de “Salud para Todos en el año 2000” que adopta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975 y la declaración de la Conferencia de Alma Ata en 1978 donde se formula el enfoque de

Atención Primaria de Salud como estrategia central para alcanzar ese objetivo, contribuyen al proceso de consolidación del campo²⁷. Dicha declaración es ratificada en el año 2007 por la “Declaración del Milenio” en el marco de la Conferencia Internacional sobre Salud para el Desarrollo –OMS /OPS-. En nuestro país nos encontramos con algunas investigaciones como las que realizaron Belmartino, 2005 y 2009; Stolkiner, 2009; Maceira, 2009; Ballesteros, 2013; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, que analizan la accesibilidad -entendida como sinónimo de acceso- del sistema de salud argentino. Las mismas se recuperan en el próximo capítulo.

Algunas investigaciones locales se centran en la población qom (toba) de la ciudad de Rosario (Stival, 2017), otras en adultas y adultos mayores de la ciudad de Buenos Aires (Mauro et al., 2006;), en mujeres embarazadas que viven en la periferia de las ciudades (Gutiérrez, 2009), en personas con padecimientos mentales (Garbus, 2010; Gerlero et al., 2011), en personas portadoras de VIH (Engelman, 2006; Gregoric, 2012), en poblaciones homosexuales, bisexuales y trans (Stival et al., 2011), en usuarias/os que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias legales e ilegalizadas. Encontramos en ellas que la vulnerabilidad social es el aspecto fundamental que comparten los diferentes grupos en los que se focalizan las investigaciones. Es así que para muchos de estos estudios el abordaje de la accesibilidad es la forma de visibilizar situaciones concretas de exclusión que padecen -o pueden padecer- estas personas en relación a los servicios de salud²⁸.

Circunscribiéndonos a las investigaciones que han indagado en las relaciones existentes entre usuarias/os que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias²⁹ y los servicios de salud³⁰, resultan relevantes para los fines de nuestra investigación los estudios realizados desde distintos campos como la psicología, la antropología y la sociología. Muchas de estas investigaciones, partiendo de abordajes interdisciplinarios, analizan la situación de las/os usuarias/os de sustancias desde los procesos de estigmatización de los que son objeto y que operan como barrera a la hora hacer uso de los servicios de salud (Vázquez y Stolkiner, 2009; Epele, 2007; Vázquez y Romaní, 2012; Renoldi, 2012; Mecha 2012; Trimboli, 2017, Romaní, 2007, Corda, 2014).

²⁷ La Declaración de Riga en 1988 reafirma los objetivos planteados diez años antes e incorpora al “alcoholismo” como uno de los problemas centrales de salud pública (Abonizio, 2008).

²⁸ Otras investigaciones vinculan las transformaciones del capitalismo neoliberal con las características de las actividades laborales en las economías ilegales, entre las que la venta de drogas ocupa un lugar central.

²⁹ En los artículos analizados las/os autores hablan de usuarias/os de drogas, usuarias/os intensivos de drogas, drogadependientes, consumidores problemáticos, usuarias/os en general o beneficiarios, entre otros.

³⁰ En lugar de servicios de salud otras/os autores se refieren a recursos socio- sanitarios, dispositivos de atención para usuarias/os de drogas, atención en salud, entre otros.

En su trabajo Vázquez y Romaní (2012) sostienen que desde hace varias décadas se viene profundizando un discurso que criminaliza y estigmatiza a las personas que usan drogas, especialmente cuando se trata de consumos de sustancias ilegalizadas. Las representaciones de “enfermo” y “delincuente” son las que se consolidaron para caracterizar a estas/os usuarias/os de drogas. Así señalan que “uno de los efectos principales de la estigmatización es su capacidad de producir grupos específicos de ciudadanos que ven limitado su cumplimiento de derechos tales como el derecho a la atención de salud.”(Vázquez y Romaní, 2012, p.161).

Haciendo hincapié en la distinción arbitraria entre sustancias permitidas y prohibidas, Brígida Renoldi (2012) nos habla de las consecuencias subjetivas que trae aparejado el consumo de “cosas ilegales”. En este sentido afirma que

(...) las categorías de legal e ilegal crean referentes morales en los que las personas, aunque no concuerden con los principios de la distinción, serán encuadradas y frente a los que deberán responder. Este procedimiento no es apenas burocrático. Existe como parte de convicciones que prevalecen por períodos de tiempo en base a las cuales, cosas, actos y conductas, operan. Por contigüidad, las personas que poseen cosas ilegales, consuman actos ilegales o desarrollan conductas ilegales, son vista como ilegales (2012: 214).

De este modo, quienes usan sustancias ilegales o - como preferimos decirle para contribuir a su desnaturalización – ilegalizadas, estarían expuestos a una estigmatización aún mayor que quienes consumen sustancias consideradas legales como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos de circulación regulada.

Los estudios relevados dan cuenta de la existencia de distintas condiciones que pueden combinarse y profundizar los procesos de estigmatización. Por ejemplo, Vázquez y Romaní (2012) señalan que en muchos casos la mirada social estigmatizante se vincula más “a quién consume” que “a qué consume” siendo rechazados aquellos consumos de personas que viven en situaciones de pobreza, sin resultar crucial si la sustancia es legal o no. Otros estudios señalan como significativa la condición de género, refiriéndose específicamente a la situación de las mujeres. Maffia et al. (2011), por ejemplo, afirman que las mujeres “sufren una mayor estigmatización y discriminación a la hora de consumir drogas o desarrollar una adicción, en tanto que [a partir de la existencia de ciertos estereotipos] –siéndolo o no– está faltando a sus deberes de madre’ y desoyendo el mandato conductual imperante de ‘La Familia’ (p.10) En el mismo sentido, Inciardi (s/f) señala la existencia de estereotipos que recaen sobre las mujeres y que generan que el uso ilegal de drogas sea más ilegal para las mujeres que para los varones “y cuanto mayor es la ilegalidad de una sustancia, mayor es la desviación del comportamiento que se espera de las mujeres” (Inciardi en Rekalde y Vilches, 2005, p. 5).

En las investigaciones analizadas es posible reconocer distintos enfoques e hipótesis desde los que se aborda la temática que nos convoca. El artículo de Epele (2007) analiza la accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios; se focaliza en los discursos de los jóvenes usuarios y ex usuarios intensivos de sustancias para examinar las consecuencias de la criminalización del consumo de drogas, en los vínculos entre instituciones de salud y usuarios que viven bajo condiciones de pobreza y marginación social.

Epele plantea que en estas personas opera la lógica de la sospecha sobre las instituciones de salud, constituyéndose en una barrera entre usuarios y el sistema de salud. Dicha lógica - que se ha consolidado a partir de la aparición del PACO (percibido por los usuarios como la expresión de un plan organizado de “hacer morir” a jóvenes pobres)- incluye una serie heterogénea de prácticas simbólicas como la desconfianza, la duda, la inversión del significado en la lectura de los mensajes por parte de los usuarios. Esta autora reconoce en los discursos de los entrevistados una identificación de las instituciones de salud con prácticas de abuso hacia los consumidores de drogas pobres; si bien estas prácticas abusivas eran realizadas solo por algunos profesionales, la experiencia se fue propagando en distintos usuarios contribuyendo a la formación de esta lógica de la sospecha.

Otras/os autoras/es, investigan la accesibilidad desde la mirada de profesionales de la salud que trabajan con usuarias/os de drogas (Rossi et al., 2007; Abonizio, 2008; Galante et al., 2010, Mecha, 2012). La investigación de Rossi et al. (2007) da cuenta de que las/os profesionales, pese al reconocimiento de deficiencias en el funcionamiento general de los servicios -falta de personal, condiciones edilicias no adecuadas, entre otras- suelen producir, cuando la demanda tiene que ver con consumos problemáticos de sustancias, una individualización del problema del acceso. Es decir que tienden a reducir el problema de accesibilidad a cuestiones propias de las/os usuarias/os, ligadas en muchos casos a una idea de que estas personas tienen un “estilo de vida” que no permite un uso adecuado de los servicios de salud. La accesibilidad en este estudio se aborda desde las dimensiones tradicionales -geográfica, organizacional, económica, administrativa- pero se agrega y considera especialmente relevante la dimensión cultural como un aspecto clave para pensar en el uso de los servicios de salud.

En la investigación de Mecha (2012) se analiza el discurso de los profesionales que brindan servicios de atención a poblaciones marginalizadas de la zona sur del área metropolitana de Buenos Aires sobre el consumo de pasta base y sobre las personas que lo usan. La justificación para centrarse en esta perspectiva se encuentra en la idea de que “las posiciones que los sistemas de salud adquieren ante la PB/ Paco y ante sus usuarias/os repercuten en las formas en que ésta es consumida, categorizada y valorada en los barrios” (Mecha, 2012, p.186). Las prácticas discriminatorias y abusivas de las instituciones de salud que son narradas por los usuarios en la investigación de Epele (2007) como parte de un plan pergeñado contra ellos,

encuentran, para Mecha, su razón de ser en la peligrosidad que los profesionales del campo de la salud le otorgan a la Pasta base/ Paco. Dado que se trata de una sustancia “poderosa, adictiva y peligrosa” y quienes las consumen son pensados como “sujetos más débiles”, es necesario implementar “tratamientos más `duros””. Partiendo de la idea de un sujeto debilitado, que no puede valerse por sí mismo, proliferan las posturas que fomentan el encierro, y el desarrollo de tratamientos más allá de la voluntad de los usuarios (Mecha, 2012).

En una perspectiva complementaria a la presentada anteriormente, autores como Renoldi (2012) abordan la cuestión de la subjetividad y los debates sobre la autonomía/ heteronomía que se ponen en juego para analizar los consumos problemáticos de sustancias y los dispositivos para el tratamiento. Para la autora a diferencia de las respuestas sanitarias a otro tipo de problemáticas, aquí no alcanza con el suministro de remedios adquiriendo el tratamiento un carácter moralizante fundamental³¹.

En el mismo sentido, el texto de Galante et al. (2010), si bien no se refiere específicamente a estas categorías, analiza el discurso en torno al concepto de responsabilidad entre los “especialistas” que trabajan con usuarios de drogas y su relación con distintos tipos de dispositivos de atención. Se preguntan “¿Cómo se imbrican los modelos de atención con las formas en que se conceptualiza e interviene en relación con la responsabilidad del sujeto frente al uso de drogas?” (Galante et al., 2010, p. 27). Para responder a estos interrogantes se centran en los tratamientos de internación psiquiátrica, los programas de Doce Pasos y las comunidades terapéuticas. De acuerdo a su investigación, en las instituciones psiquiátricas prevalece una concepción de los usuarios como incapaces de cuidar de sí y de otros porque se encuentran dominados por las sustancias. En el programa de 12 pasos, que propone la autoayuda como modelo terapéutico, el “adicto” es considerado un “enfermo” de manera que no se lo percibe como responsable. Además en este dispositivo el consumo problemático de sustancias es considerada una enfermedad crónica, que se puede “controlar” pero no curar. Por su parte, en las comunidades terapéuticas, la “peligrosidad” no se sitúa en la sustancia sino en el usuario, que podría tener comportamientos inadecuados aunque no se encuentre bajo los efectos de las drogas. Sin embargo, consideran que es posible a través del tratamiento modificar la “personalidad adictiva” caracterizada por la irresponsabilidad y volver al sujeto responsable. Como conclusión de su investigación van a afirmar que las posiciones sobre la responsabilidad de los usuarios de drogas oscilan entre la culpabilización y la des-responsabilización. En el uso ocasional de sustancias existe la posibilidad de un control responsable de la propia práctica, mientras que el uso frecuente está asociado a una pérdida de la responsabilidad (Galante et al., 2010).

³¹ La autora aclara que con el término “moralizante” se refiere a criterios específicos que pueden dar cuenta de lo que está bien y de lo que está mal en determinado contexto o situación particular.

Otra de las investigaciones que también se centra en estos dispositivos, para pensarlos en relación a la sanción de la LSM y adicciones es el de Pawlowicz et al. (2011). Una de las características que atribuyen a los dispositivos de atención es su heterogeneidad y su tendencia a configurarse como totalizantes, ya que niegan que cada uno de ellos representa solo un enfoque o tratamiento parcial de los problemas de salud mental. Las/os autoras/es proponen como criterio de clasificación para organizar la diversidad de dispositivos, la distinción entre diferentes modelos de atención, que representan múltiples saberes y prácticas acerca de los procesos de salud/enfermedad/atención. Identifican el modelo biomédico o Modelo Médico Hegemónico (MMH), donde el dispositivo paradigmático es el hospital psiquiátrico; el modelo alternativo subordinado, donde se hallan como dispositivos las comunidades terapéuticas y los centros con orientación religiosa; y el modelo de auto atención en el que el diagnóstico y la atención son realizados por otros sujetos que padecieron o copadecieron el mismo problema de salud. Lo que sostienen es que si bien en las instituciones tienden a coexistir diferentes dispositivos suele haber uno predominante. Estas/os autoras/es señalan también algunos nudos conflictivos transversales a los dispositivos de atención, que se presentaron en los discursos de los profesionales con los que realizaron la investigación. Uno tiene que ver con los problemas de acceso a los servicios de salud para los usuarios (vinculados especialmente a la existencia de barreras culturales y modelos de intervención que no se adecuan a sus posibilidades y necesidades); otro con la tensión entre la especialización y la integralidad para el abordaje de los usos de sustancias, que retomamos en nuestro escrito. Como reflexión final los autores afirman que la sanción de la LSM y adicciones pone en evidencia la necesidad de “redefinir las terminologías, los argumentos y las intervenciones a partir de la diversidad y complejidad de los consumos en sus múltiples contextos” (Pawlowicz et al. 2011, p.24)

Recuperamos también la investigación de Belizán et al. (2013), en este caso se trata de un equipo interdisciplinario que se propone abordar el acceso a la atención en salud mental en los Centros de Salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. Estas/os autora/es consideran que dicha problemática es crucial en Latinoamérica “habida cuenta de la expansión creciente de padecimientos ligados al consumo de drogas, las diversas expresiones de la violencia y las variadas formas de sufrimiento psíquico de grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad psicosocial” (p. 31). Para ello trabajaron con una encuesta y con formularios de registro de pacientes en tratamiento y que interrumpieron las consultas antes de haberse cumplido un mes desde que se contactaron con el efector. Se trató de un estudio de casos enmarcado en una lógica cuantitativa. Se establecieron una serie de atributos a partir de los cuales discriminar CDS con condiciones que potencialmente favorecen la accesibilidad y CDS que potencialmente obstaculizan la accesibilidad a la salud mental (p.33). Los atributos que se propusieron como variables fueron los siguientes: presencia en el Staff del CAPS de trabajador social/ horas de psicología (> o < a 36 hs. semanales) / existencia

de lista de espera para la atención en salud mental / dispositivo de psiquiatría matricial en el CAPS/ residencia de Medicina General en el CAPS. Bajo este criterio se separaron los CAPS por estrato y dentro de los mismos se realizó un muestreo no probabilístico.

Como cuestiones significativas que arrojó dicho estudio nos interesan en particular recuperar dos. Una señala que “los pacientes con condiciones de vulnerabilidad social tienen un 48% más de probabilidades de interrumpir los tratamientos que los pacientes que no tienen esa condición” (p. 49). La otra indica que en “pacientes con diagnóstico de adicción/alcoholismo (...) la tasa de interrupción de tratamientos [es] 51% mayor que en los pacientes sin ese diagnóstico” (p. 49). Finalmente terminan estableciendo que, por los resultados obtenidos, las variables que consideraron para definir a los CDS con condiciones que potencialmente favorecen la accesibilidad y CDS que potencialmente obstaculizan la accesibilidad a la salud mental, “no tuvieron potencia para explicar diferenciales en cuanto a las posibilidades de acceso a la atención” (p.56).

En lo que hace al abordaje desde la antropología, Epele (2017) sostiene que en las últimas décadas se han desarrollado muchas investigaciones etnográficas sobre problemas de salud -malestares, sufrimientos, dolencias, enfermedades, bienestar y salud- en poblaciones que viven bajo condiciones de desigualdad, pobreza, y segregación en Sudamérica, constituyendo un campo de estudio más o menos complejo. El trabajo de Abonizio (2008), por ejemplo, resulta para nosotras un antecedente insoslayable ya que se propone abordar la tensión entre políticas y saberes, representaciones y prácticas profesionales en Salud Pública, respuestas y dispositivos de los modelos de atención, respecto al proceso de salud/enfermedad/atención ligados al uso y consumo de drogas en la ciudad de Rosario (p. 4). Del mismo modo que en nuestra investigación es la sanción de una legislación el puntapié inicial que nos llevó a analizar la configuración de los servicios de salud en el municipio de Pérez, Abonizio se propuso abordar la construcción de la respuesta en salud para esta problemática, estudiando el complejo proceso de construcción del “Programa de Atención y Prevención de las Adicciones” en el municipio de Rosario, creado por la Ordenanza Nro. 6536 del Consejo Deliberante en el año 1998. La autora visibiliza la distancia entre “regulación normativa” (ordenanza municipal) y la efectiva implementación de una política de salud en el campo de las drogas, en la jurisdicción de la Ciudad de Rosario, poniendo el foco en los modos de construcción de las políticas públicas y sus condiciones de legitimidad.

Nos interesa mencionar que en los estudios a los que nos referimos hasta el momento, a excepción del Maffia et al. (2011) e Inciardino (s/f) no se realizan consideraciones específicas en relación a las cuestiones de género y consumo, como sí sucede por ejemplo con las situaciones de vulnerabilidad social o con la legalidad e ilegalidad de las sustancias. Encontramos que algunas investigaciones sí reparan en las

particularidades que adquieren los consumos dependiendo de si se trata de mujeres y varones (Corda et al, 2014) y lo hacen recuperando en general los datos de las encuestas nacionales realizadas por la SEDRONAR - OAD. Otros de los estudios mencionamos (Rossi et al, 2007; Abonizio, 2008) también dan cuenta de que quienes acuden a los sistemas de salud por cuestiones vinculadas a uso de sustancias son mayoritariamente varones. Sin embargo, como dijimos anteriormente y a excepción de las referencias señaladas, en general no se da cuenta de si la cuestión de género puede ser un aspecto a considerar a la hora de analizar la accesibilidad de los servicios de salud. A su vez los estudios que avanzan en esta dimensión (Parga, 2010; Sánchez Pardo et al., 2009) reparan en la situación particular de las mujeres y no de otras identidades de género no binarias. En la búsqueda de antecedentes hallamos también algunas investigaciones que se centran en el impacto de la política de drogas en la encarcelación de las mujeres, especialmente las extranjeras que se dedican a actividades de tráfico³² (Centro de Estudios Legales y Sociales -CELS-, Ministerio Público de la Defensa, Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011; Corda, 2011). Otras/os autoras/es también abordan en el marco de sus investigaciones cuestiones vinculadas a mujeres con diagnóstico de VIH y uso de drogas, especialmente inyectables (Pecheny et al, 2012; Grimberg, 2004).

Entre los antecedentes hallados que se restringen específicamente al territorio elegido para llevar a cabo nuestro proyecto, en el marco del diagnóstico realizado en el año 2014 y en articulación con la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) y el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) se realizó el “Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad”, del que participamos como Coordinadoras Locales del Trabajo de Campo. García et al (2014), autoras/es del informe realizado en base a la información construida en el relevamiento, se propusieron abordar la accesibilidad de las personas con consumos problemáticos de sustancias a los servicios socio- sanitarios, pero a diferencia de los estudios mencionados hasta el momento, no se centraron ni en profesionales de la salud ni en usuarias/os identificadas/os previamente, sino que trabajaron en la percepción de la población de tres barrios de la ciudad de Pérez sobre el uso problemático de sustancias y los recursos disponibles a la hora de afrontar este problema. García et al (2014) señalan

(...) que las personas encuestadas en el estudio manifestaron tres tendencias a la hora de “hacer algo con” el consumo de sustancias, que pueden luego interpretarse en diversos sentidos: una, la tendencia a lo individual, como una solución que debe venir de la voluntad de cada uno de los consumidores; otra, de lo familiar-íntimo, donde los recursos se refieren a la contención en el ámbito

³² Se trata en general de transportistas fronterizas con pequeñas cantidades (lo que se conoce como mulitas) y vendedoras en barrios pobres (Centro de Estudios Legales y Sociales -CELS-, Ministerio Público de la Defensa, Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011; Corda, 2011).

más cercano de la personas; y por último, una tendencia a la resolución por vía de la fe o la contención que reciben los creyentes en las instituciones eclesíásticas. (p. 72)

La conclusión de esta investigación fue muy importante a la hora de pensar nuestro problema de investigación ya que en un contexto donde - pese a las tensiones de las que intentamos dar cuenta en el estudio- se propone dar respuesta a este problema desde el campo de la salud enfatizando en la integralidad e intersectorialidad, los lugares que prestan estos servicios parecían no ser referenciados por la población contemplada en el estudio para abordar los consumos problemáticos de sustancias.

1.3 Orientaciones teóricas- metodológicas

1.3.1 El estudio de las políticas públicas, un abordaje desde la antropología.

En esta investigación conjugamos aportes específicos de la Antropología - disciplina en la que nos formamos en el nivel de grado- con herramientas y andamiajes teóricos propios de los estudios en Gestión Pública.

Díaz (2014) señala que la visión compartida de que las políticas públicas constituyen “el espacio revelador por excelencia” de los modos y sentidos que han adquirido las relaciones Estado-Sociedad en cada momento histórico particular, es el resultado de un proceso que se extendió por varias décadas. En la actualidad estas políticas son el objeto de estudio de cuantiosas investigaciones, ya sea que se las aborde desde enfoques centrados en el ámbito político-gubernamental o en perspectivas ancladas en lo social y se analicen desde visiones diversas, como productos, como procesos o campos (Díaz, 2014)³³.

Cuando hablamos de políticas públicas no las pensamos como iniciativas o herramientas neutras sino que entendemos que estas ponen de manifiesto miradas, estilos de gobierno, posicionamientos de los Estados. Estudiarlas es un modo de indagar en los mecanismos que “institucionalizan los Estados para afrontar las cuestiones de orden colectivo y público, y a las ‘negociaciones’ con la sociedad civil” (Bloj, 2005. p.6).

Resulta necesario entonces, antes de continuar explorando aquello que implica estudiar las políticas públicas preguntarnos ¿qué es lo que entendemos por Estado? Se trata de un término que usamos de modo habitual en la vida cotidiana, pedimos que sea más protagonista, menos “burocratizado”, más sensible, y un sinfín de consignas. Nos enojamos con “él”, nos reconciliamos, le demandamos, lo defendemos. En definitiva lo convocamos permanentemente y de un modo que parecería que hablamos de una entidad con vida propia. En este sentido, Radcliffe Brown (1970) señala que “a veces se lo describe como algo que posee voluntad (...)

³³ Recuperamos las ideas de Díaz (2014) esbozadas en la fundamentación del Programa del Seminario “Las organizaciones en el proceso de las políticas públicas” y en el desarrollo de los encuentros del mismo, como parte de nuestro trayecto formativo.

o que emite órdenes. El estado en este sentido no existe en el mundo fenomenológico; es una ficción de los filósofos. (Radcliffe Brown, 1970 en Miguez y González, 2003).

Esta idea que nos propone el autor nos brinda una oportunidad para complejizar esa mirada un tanto lineal o homogeneizadora que asumimos en la cotidianeidad cuando nos referimos al Estado. Como sostiene Haney (2002) resulta más enriquecedor pensarlo como una construcción permanente, un complejo entramado de “capas contradictorias de políticas sociales y prácticas institucionales, que operan en múltiples terrenos y se relacionan mutuamente de maneras complejas y heterogéneas” (Haney, 2002 en Magistris y Litichever, 2013).

Sin embargo para cuestiones puntuales de nuestro análisis recurrimos a algunas elaboraciones teóricas que parten de una caracterización del Estado como estructura de dominación de los habitantes urbanos pobres (Auyero, 2013) y avanzan en algunas generalizaciones que intentamos tensionar en nuestro estudio de caso. De Auyero específicamente, recuperamos algunas herramientas para pensar los procesos de espera (ligados a la incertidumbre y arbitrariedad) y algunos episodios de violencia física y simbólica que se hicieron visibles en nuestro estudio. Sus ideas se encuentran en sintonía con las del sociólogo francés Loïc Wacquant (2000) que señala que en las postrimerías del siglo XX y comienzos del XXI se asiste a una profunda alteración del orden político en las sociedades occidentales. Entre las características fundamentales de dicha alteración se encuentra la de un estado de bienestar en retirada que deja su lugar a los mercados. Esto produce una agudización de las desigualdades frente a las que los estados occidentales “asumieron un papel esencialmente represivo: del estado que redistribuye e integra al estado ausente que solo aparece para castigar (...) Según su tesis, esta transformación podría resumirse como el pasaje del ‘estado providencia al estado penitencia’” (Miguez y González, 2003, p.170).

Si bien estos planteos resultan pertinentes en un cierto nivel de abstracción, cuando pasamos al análisis concreto de un estudio de caso en instituciones estatales nos encontramos con un panorama bastante más complejo y heterogéneo, donde lo que abundan son las tensiones y contradicciones. En este sentido, sí consideramos fundamental establecer, como señalan Abad y Cantarelli (2010) que –aún en contexto de pérdida de su centralidad- el Estado sigue siendo la herramienta decisiva de articulación social. Una de las formas en que se manifiesta su peso es en la posibilidad de implementar políticas públicas que “pueden incidir en diversos ámbitos de la vida social – en particular en la corrección y superación [o profundización, agregamos nosotras] de inequidades y desigualdades” (Abad y Cantarelli, 2010, p. 94).

Finalmente decidimos recuperar la definición que nos propone Bourdieu (2002) en su escrito “Razones Prácticas” donde establece

(...) el Estado es una *x* (por determinar) que reivindica con éxito el monopolio del empleo legítimo de la violencia física y simbólica en un territorio determinado y sobre el conjunto de la población correspondiente. Si el Estado está en condiciones de ejercer una violencia simbólica es porque se encarna a la vez en la objetividad bajo forma de estructuras y de mecanismos específicos y en la “subjetividad” (...) bajo la forma de estructuras mentales, de percepción y de pensamiento. (p. 97-98)

Esta “*x* por determinar” no debe asumir *per se* la apariencia de una totalidad homogénea, racional y lógica (Llovera, 2017). En ese sentido, la categoría de “palimpsesto” aplicada por Miguez y González (2003) también puede ser usada para analizar las múltiples sedimentaciones de capas de prácticas y significados que caracterizan a las instituciones estatales que toman como objeto de estudio.

En relación a las políticas públicas Oszlak y O’ Donnell (1981) ofrecen una caracterización clásica donde las definen como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que genera la atención, el interés o la movilización de otros actores en la sociedad civil. Hablamos de cuestión en tanto demanda o necesidad socialmente problematizada, es decir que se trata de un “asunto” que ha ingresado en la agenda de problemas socialmente vigentes. Algo de este proceso fue comentado, por ejemplo, cuando realizamos algunas consideraciones sobre la construcción del problema de la droga como cuestión social, en un apartado anterior. Que un “asunto” se convierta en “cuestión” no implica que los actores involucrados, entre los que se encuentra el Estado (con todas las consideraciones que realizamos en relación a su definición previamente), conciben o dimensionen el problema social del mismo modo ni acuerden en las posibles “soluciones” para el mismo. En las intervenciones que constituyen la política pública³⁴ puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el futuro curso del proceso social desarrollado en torno a la cuestión, y que dará cuenta del “carácter negociado o abiertamente conflictivo que frecuentemente asumen las tomas de posición del Estado frente a una cuestión”(Oszlak y O Donnell, 1981, p. 16) Las iniciativas y respuestas que se generan desde el ámbito público no constituyen entonces procesos homogéneos y coordinados, sino que expresan las tensiones existentes al interior del mismo Estado, de la diversidad de influencias y contrapesos que ejercen otros actores, y del carácter, en ocasiones contradictorio, que asumen los lineamientos en pos de un proyecto político determinado (Bonis et al, 2014).

Teniendo en cuenta las precedentes caracterizaciones acerca del Estado, creemos que las políticas públicas entonces no consisten sólo en acciones y omisiones, sino que pueden funcionar como “símbolos, estatutos de legitimidad, tecnologías políticas, formas de gubernamentalidad e instrumentos de poder que a

³⁴ Aquí adherimos a la idea de Germain (2016) en la que sostiene que “el territorio de las políticas públicas excede la intervención estatal directa, pero las condiciones estructurales de intervención en lo público se definen a partir de la capacidad regulatoria del Estado en las sociedades modernas” (p. 36)

menudo ocultan sus mecanismos de funcionamiento” (Shore, 2010, p.21). Estudiarlas implica también contemplar las adecuaciones y/o resistencias que llevan a cabo los sujetos que se encuentran implicados en ellas (en tanto agentes de su implementación o destinatarios de su intervención).

Recuperando específicamente las consideraciones de Shore (2010) sobre el interés por el estudio de las políticas públicas desde la antropología podemos decir que estas resultan atractivas no solo por su capacidad de regular y organizar las sociedades contemporáneas, sino porque

(...) las políticas están profundamente implicadas en la manera como nos construimos como individuos y como sujetos (...) las *políticas construyen nuevas categorías de subjetividad* y nuevos tipos de sujetos políticos (...) A través de las políticas los individuos son objetivados y les son dadas categorías como “ciudadano”, “adulto legal”, “profesional”, “residente permanente”, “over stayers”, “inmigrantes”, “criminales” o “pervertidos”. Desde la cuna hasta la tumba las personas son categorizadas, clasificadas y reguladas por procesos de política pública sobre los cuales tienen poco control o de los cuales son poco conscientes (p. 36)

No solo se trata de que otorguen identidades que permean la vida cotidiana de las personas (“incluso en nuestros espacios más íntimos y privados” (p.38), sino que participan activamente en el proceso de construcción de esas identidades, individuales y grupales. Otra cuestión insoslayable que nos propone este autor, refiere a los efectos que pueden tener las políticas, más allá de los objetivos que se consideraron y/o explicitaron en el proceso de su formulación. “Una vez creadas, las políticas entran en una compleja red de relaciones con varios agentes, actores e instituciones, tinglado que puede a menudo generar consecuencias imprevistas e inesperadas” (p.36).

La investigación social de políticas públicas que es lo que realizamos en esta tesis, implica indagar en los tipos de problemas que se privilegian (¿Qué?³⁵) - lo que al mismo tiempo permite inferir cuáles no son abordados o priorizados-, en los modos en que son pensados las/os sujetos de las políticas (¿Para quiénes?) y en las formas que adquieren esas intervenciones (¿Cómo?) (Díaz, 2014). En las palabras de Bloj “descifrar estas lógicas subyacentes es también parte substancial de la tarea de los investigadores” (Bloj, 2005: p. 7). Significa ser capaces de interrogarnos no solo sobre la manera en que se gestiona un servicio o se ejecuta un programa, sino “sobre su significado más general, su impacto integral, tanto en virtud de sus aspectos más concretos como por sus componentes simbólicos directa e indirectamente desplegados” (Díaz, 2014).

³⁵ Entendiendo que este “Qué” es una construcción de sentido, es decir un modo de visión de las cosas que en tanto tal deja fuera otros sentidos.

1.3.2 La perspectiva etnográfica y el enfoque antropológico

En relación a nuestro campo disciplinar, encontramos en la etnografía lo específico del trabajo antropológico, no como una mera técnica o método sino que la entendemos como la base del enfoque antropológico en tanto forma de construcción de conocimientos sobre los fenómenos de la vida social.

¿Qué implica asumir este enfoque y cuáles son las cuestiones más relevantes que lo caracterizan? Es un enfoque “dirigido a desentrañar y construir tramas y redes sociales, que si bien son trabajadas a escala de lo particular, están surcadas desde lo general de manera específica” (Achilli, 2005) Se trata de dilucidar “los nexos mediatizadores de lo general que se expresa de un modo especial en lo particular” (Achilli, 2005). En este enfoque, la construcción de conocimiento remite a un proceso basado en el esfuerzo por relacionar distintas dimensiones constitutivas de una problemática en sus interrelaciones dialécticas, generadas en un particular contexto sociohistórico (Achilli, 2005).

Una serie de ejes o preceptos lo definen y dan cuenta de sus vinculaciones con supuestos teóricos y metodológicos; retomamos aquellos que nos resultaron más significativos para pensar nuestro trabajo de investigación. El primero establece la necesidad de no escindir el trabajo de campo de la conceptualización, se trata de procesos que se retroalimentan y es en esa ida y vuelta entre campo y teoría que se da el proceso de construcción de conocimientos. El segundo hace referencia a la flexibilidad de la teoría; allí se recuperan aportes de Malinowski al sostener que la teoría orienta el trabajo de campo, pero al mismo tiempo puede ser problematizada a partir de la experiencia concreta de observación. Otro de los ejes define el trabajo de las/os antropóloga/os como “trabajo artesanal”; esto implica que el proceso de registro nunca es acabado, sino que los registros se amplían y retrabajan aportando mayor inteligibilidad. A su vez se documentan aspectos de la vida cotidiana en los que en general no suele repararse porque están “naturalizados” o resultan obvios y que al ser analizados pueden ofrecer pistas explicativas importantes. En cuanto al rol de quien investiga, no se trata de un vínculo sujeto- objeto, sino de una relación sujeto – sujeto que es dialécticamente condicionante. Por último mencionamos el rescate de las “categorías sociales” -émicas- que ponen en tensión las propias de quien realiza la investigación y la descripción profunda que se presenta como el resultado de un trabajo antropológico que contiene la construcción del objeto particular contextualizado (Achilli, 2005).

La perspectiva etnográfica, al tratarse de una práctica de investigación/intervención intensiva que se realiza a nivel microsociedad, resulta especialmente pertinente para el trabajo en el campo de las “drogas” (Romaní, 2007). Ella permite acceder directamente a algunos datos de la realidad local - que no podríamos captar de otra manera- y contrastar explicaciones previas de niveles más generales, realizando un ejercicio de ida y vuelta entre esos niveles que hacen posible “otorgar ciertos significados a datos micro que, en bruto, pueden resultar a veces opacos o engañosos para el investigador” (Romaní, 2007, p. 126).

Además, el punto de vista antropológico (Romaní, 2007) propone un modelo sociocultural de percepción de las drogas y sus usos que se presenta como una superación del penal, que aborda el objeto “droga” como un ente normativo, y del médico, que concibe el objeto “droga” como un ente patologizante. Este modelo recupera la tríada propuesta en el triángulo de Zinberg (1984) al centrar el análisis en el campo de relaciones que se dan entre sustancias, sujetos y contextos. A su vez el énfasis está puesto en el contexto sociocultural, en relación a los otros dos elementos, ya que es allí donde se construyen determinados tipos de sujetos sociales y de sustancias–drogas. (Romaní, 2007, p. 122) Es decir que es dicho contexto el que define las significaciones sociales de los otros dos elementos. En esta investigación entendemos, siguiendo a Romaní que los usos de drogas

no son tanto un fenómeno químico (que también) sino un fenómeno sociocultural en el que el manejo y los efectos de sus componentes químicos estarán condicionados por las prácticas sociales que existan en el seno de la estructura y la dinámica del contexto sociocultural (...) y se orientarán de una u otra forma a partir de las representaciones sociales hegemónicas que existan al respecto en el grupo que las utiliza (Romaní, 2007, p.121).

1.3.3 Antropología y salud

El campo “Antropología y Salud” denominado como “Antropología Médica” en Norteamérica y Europa– encuentra como antecedentes en nuestro país las primeras investigaciones de Hermitte y de Menéndez realizados en la década del ‘70 (Abonizio, 2008)³⁶. Estos trabajos indagan sobre el peso que las configuraciones sociales y culturales tienen sobre los procesos de salud/enfermedad/atención, reflexionan sobre los sistemas médicos y los programas de salud pública, los discursos y representaciones sociales sobre las enfermedades y padecimientos.

Epele (2017) en su artículo “Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas” realiza algunas consideraciones sobre las investigaciones etnográficas desarrolladas en relación a los problemas de salud de poblaciones en situación de desigualdad, pobreza y segregación que nos interesa recuperar. Esta autora propone la noción de ‘giro’ para categorizar las posiciones etnográficas –que incluyen diversos repertorios posibles- y los posicionamientos vinculados a orientaciones teóricas dominantes en antropología de la salud presentes en la región – aunque no sea posible establecer una correspondencia exacta entre posiciones y orientaciones teóricas. La noción de giro “anuda y refiere a dimensiones tanto experienciales, epistemológicas, ontológicas, de poder, geopolíticas y territoriales como también corporales,

³⁶ Para profundizar los conocimientos sobre la consolidación de este campo, recomendamos la lectura del libro de Abonizio, M. (2008) Antropología y salud: drogas, políticas, servicios y prácticas en salud. (1a ed.) ISBN 978-987-05-4893-5.

de género, éticas y estéticas” (Epele, 2017:361). Epele menciona diferentes giros: el cultural, el económico-político, el epistémico-político, el político-cultural, el ontológico y el decolonial.

En relación al abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, reconoce como uno de los más utilizados al económico-político, con aproximaciones elaboradas en el marco de la economía-política en sus diferentes versiones (marxista, postmarxista, gramsciana, teoría de la dependencia, sistema mundial). El concepto de hegemonía resulta fundamental en este giro que, de acuerdo al análisis de Epele suele pensar a las investigaciones etnográficas como el estudio de casos particulares en los que se expresan los procesos macrosociales generales, desdibujando las experiencias, palabras y voces de los propios sujetos colectivos e individuales.

Este trabajo se inscribe en parte, en lo que Epele identifica como giro político-cultural –que mencionamos luego-, y retoma algunos aportes del giro epistémico-político. En cuanto a este último, nos interesa recuperar el proceso de deconstrucción de la autoridad etnográfica³⁷ que problematiza los modos de vincularse, hacer inteligible y escribir “sobre” y “de” los otros (la preposición “de” es reemplazada por “con”, “en diálogo”); y el cuestionamiento de la biología como realidad verdadera y empírica, en el marco de la revisión de los fundamentos epistemológicos de la biomedicina³⁸. Por eso cuando hablamos de problemas de salud vinculados al uso de drogas o de consumos problemáticos no pensamos en términos de enfermedad sino de padecimientos. Como señala Faraone (2018)

el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que incluye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer.(p.125)

Hablar de malestares y padecimientos en lugar de adicciones, trastornos o enfermedades “hace posible problematizar y mapear modos de sufrir con una batería conceptual propia de la disciplina antropológica” (Epele, 2012, p.8). Por otra parte, el giro político-cultural, retoma las nociones centrales del andamiaje teórico de Bourdieu (práctica, habitus, discurso, estrategias, etc.) y señala, en relación a los procesos de dominación y sufrimiento social la participación de los propios actores sociales en la dominación que los sujeta, a través de una adecuación de las estructuras cognitivas que favorece la naturalización de la realidad social (Epele, 2017).

³⁷ Epele (2017) nos va a hablar de una crisis de la etnografía clásica tanto en el plano epistemológico como en el político. En relación a la autoridad etnográfica se cuestiona la exclusión de lo incongruente, lo diverso, lo relacional y dialógico y la primacía de un texto monológico “sobre” los otros.

³⁸ Es interesante tener en cuenta que el giro ontológico, cuestionará el narcisismo y paternalismo del giro epistémico-político, dejando a un lado los cuestionamientos a la autoridad etnográfica ya que posiciona a los otros como fuente y agencia de las representaciones, y define la autodeterminación ontológica del otro.

1.3.4 ¿De qué hablamos –específicamente- cuando hablamos de accesibilidad?

La lectura detenida de algunas investigaciones vinculadas con el tema de esta tesis nos permitió reconocer la multiplicidad de estudios que involucran la noción de acceso o accesibilidad, aunque cada uno de ellos considere distintos aspectos o dimensiones al nombrarla³⁹. Este concepto comienza a ser utilizado en los años 60 de la mano del desarrollo del campo de la Salud Pública; se trata de una “palabra” muy usada, aunque hemos encontrado en relación a ella pocas discusiones teóricas o debates; al contrario: se la suele definir de modo simple y en algunos casos directamente no es definida, dándose por sentado aquello a lo que se refiere. En este sentido es posible pensar, o que existe un acuerdo básico entre autores -no explicitado- o que su definición, un sobreentendido, se encuentra naturalizada. (Comes y Stolkiner, 2005; Ballesteros y Freidin, 2015).

¿Qué es la accesibilidad en el campo de salud? ¿Es un sinónimo de acceso; la facilidad en la llegada a un servicio o efector? ¿Incluye su uso o solamente refiere al inicio de la atención? ¿Es un atributo de los servicios? ¿Decimos que un servicio tiene accesibilidad “alta”, “baja”, “buena”, “mala”? Para desandar estas ambigüedades, nos interesa retomar la definición que proponen Barcalá y Stolkiner (2000), que entienden a la accesibilidad como

el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (...) y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (...) Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos (p. 283).

Cuando hablamos de accesibilidad en esta investigación nos referimos a la posibilidad efectiva que tienen las personas para hacer uso satisfactorio de los servicios cuando lo necesitan; lo que también comprende, de parte de los servicios, la disponibilidad para contener “sujetos necesitados de atención” (Comes, y Stolkiner, 2005). Esta contención implica ofrecer una respuesta oportuna desde la perspectiva de las/os usuarias/os. En este sentido como señala Carracedo (2006) es importante considerar también a la noción de “adherencia” como un factor fundamental en la accesibilidad:

³⁹ A modo de ejemplo: G. Hamilton (2001) la define como “la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole”; Otero, J. (2003) se refiere a la accesibilidad como a la “posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud”; Gerleno et al. (2011) afirman que “la accesibilidad puede ser concebida como la capacidad de obtener cuidados de salud de modo fácil y conveniente en caso necesario”; en un Manual del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2015) se la entiende como uno de los valores principales que caracteriza la estrategia de APS y se la define como “posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna. La accesibilidad tiene dimensiones geográficas (distancia de los servicios del lugar dónde las personas viven), de transporte (caminos, transporte público), de costo (precio para pagar los servicios), culturales (costumbres, conocimiento, etc.), entre otras.

Hacer uso de los servicios denota accesibilidad pero esta se interrumpe si no existe adherencia a los mismos por parte del usuario; es decir, si no identifica los servicios (...) como el medio para satisfacer la necesidad de atención y se establece un sentido de pertenencia. (Carracedo, 2006).

En aquellos casos en que tal uso satisfactorio no ocurre, pensamos entonces en la existencia de ciertos obstáculos que lo impiden. Como señalan Vázquez y Romaní (2012 “si existe la oferta de servicios y no se puede acceder, [o su uso no es satisfactorio] estamos antes una barrera de accesibilidad” (p. 162). Estos mismos autores plantean que los estudios en Argentina se han centrado en barreras de acceso en relación a las dimensiones tradicionales de la accesibilidad (geográfica, económica, jurídica, administrativa) pero que no se ha profundizado en el estudio de las barreras de acceso asociadas a los procesos de estigmatización, o son muy pocas las investigaciones que lo hacen.

En nuestra investigación establecimos una serie de dimensiones a través de las que operacionalizar o volver abordable la noción de accesibilidad⁴⁰, en las que los procesos de estigmatización son especialmente considerados. Dichas dimensiones han sido construidas en base a la lectura y el re-trabajo de distintas investigaciones a fines a la nuestra, y son recuperadas a la hora de analizar los procesos de atención en el CMDS y en el CEMAP, en el cuarto capítulo. Las desarrollamos a continuación.

Dimensión material

Bajo esta dimensión englobamos una serie de aspectos, bastantes heterogéneos, que refieren en un sentido amplio a la disponibilidad (o carencia) de recursos materiales (insumos, condiciones edilicias) y humanos (no solo reparamos en la cantidad sino en la calificación de los mismos) en los servicios de salud, e incluso la disponibilidad (o carencia) de ciertas prestaciones de salud. Incluimos además la disponibilidad horaria de los servicios. Si se considera que existen limitaciones en cuanto a los horarios, solo se contemplan como parte de la dimensión material cuando estas limitaciones son causadas por la insuficiencia de recursos materiales y humanos, es decir que no responden a la organización del servicio (dado que en estos casos se abordan desde la dimensión organizacional).

Consideramos dos aspectos específicos dentro de la dimensión material, el económico y el geográfico:

Aspecto económico: contempla cuestiones relativas al costo dinerario implicado para acceder a una atención. Es decir si el acceso a las prestaciones es realmente gratuito o si existe un cobro -en ocasiones encubierto- para el uso de los servicios públicos. Además se considera también la pérdida de dinero que puede generar la inasistencia a actividades laborales - presentismo- para acceder a una atención, el costo económico que puede significar de traslado hacia el efector, entre otros.

⁴⁰ Sánchez – Torres (2017) las llama dimensiones de la accesibilidad “expresadas como las condiciones que impulsan o inhiben el acceso a los servicios de salud”. (p.1)

Aspecto geográfico o territorial: dentro de este aspecto se consideran las distancias entre el lugar de residencia de las/os usuarias/os y las ubicaciones de los efectores, el tiempo destinado al desplazamiento de poblaciones de una jurisdicción a otra para hacer uso de los servicios, la disponibilidad o no de transporte público para acudir. También se considera si los efectores se encuentran en un lugar de fácil acceso o si puede resultar difícil porque las calle no están bien señaladas, si el lugar puede resultar peligroso, etc. En general este aspecto se conecta directamente con el económico.

Dimensión organizacional: administración y gestión de los servicios

En esta dimensión consideramos la articulación entre los diferentes grupos e individuos involucrados en el proceso de respuesta a la demanda, los aspectos burocráticos y administrativos de las organizaciones. La modalidad por la que se obtienen los turnos, las interconsultas, los tiempos de espera, etc. Incluimos también el modo en que se organizan (o no) los procesos de trabajo (protocolos de actuación, normativización de procesos), las capacitaciones que se brindan al personal, la periodicidad de las reuniones de equipo. Esta dimensión también contempla las articulaciones entre efectores o servicios de salud.

Dimensión simbólica

Bajo esta dimensión agrupamos aspectos vinculados a las significaciones de los hábitos, actitudes, representaciones y prácticas de las/os trabajadoras/es de la salud que se despliegan en la atención de usuarias/os en general y en el abordaje de las situaciones de consumo problemático en particular, que pueden facilitar u obstaculizar el uso de los servicios.

Como señalan distintas/os autores/as los Servicios de Salud también son productores de subjetividad. Tanto sus acciones como inacciones producen efectos subjetivantes en la población y ofrecen indicios para construir ideas o creencias sobre ellos mismos (Comes, 2006). En este sentido consideramos fundamental dentro de esta dimensión el modo en que se piensa desde los servicios de salud a quienes asisten (¿son pacientes que deben esperar, sujetos de derecho, personas a las que educar?) y los procesos de estigmatización⁴¹ que pueden operar en los servicios no solo en relación a las/os usuarias/os de sustancias

⁴¹ Romaní (2007) señala que la estigmatización de las/os usuarias/os de drogas supone una dificultad de contacto entre los servicios sociosanitarios (especialmente los públicos) y las personas que, teóricamente, más se podrían beneficiar de ellos. El autor sostiene que esto se pone de manifiesto especialmente en dos grupos: “aquellos más marginalizados por sus procesos de dependencia a ciertas drogas ilegalizadas que se encuentran cada vez más alejados de las instituciones; y aquellos más “normalizados” para los cuales la asistencia a estos servicios implicaría la mayoría de las veces un “descubrirse” ante la sociedad, pasando a formar parte, de algún modo, de la categoría de “drogadictos”, con todos los problemas que ello conlleva desde el punto de vista familiar, laboral, etc.” (Romaní, 2007:129).

sino a otras cuestiones como las de clase, género, etc. También consideramos dentro de esta dimensión las percepciones que las/os trabajadoras/es tienen en relación a la salud, especialmente la pública (como derecho y responsabilidad del estado, como beneficencia, exclusiva para que el que no tiene cobertura, etc). Tenemos en cuenta especialmente las representaciones sociales⁴² acerca de los usos de drogas y de las/os usuarias/os ya que estas tienen efectos en las relaciones de las/os trabajadoras/es de la salud con ellas/os, más allá de la formación académica específica que estos tengan acerca de este tema.

En cuanto al modo en que se configuran estos hábitos, actitudes, representaciones y prácticas resulta sustancial la categoría de *habitus* propuesta por Bourdieu (2007). Este autor señala que

los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (2007, p. 86)

Estos principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que constituyen el *habitus* existen en relación a una posición en la estructura social (*habitus* de clase) pero también y de modo entrelazado, a la inserción en un campo profesional (*habitus* profesional) donde el desempeño profesional se interioriza de manera inconsciente en los individuos a nivel de conocimientos y prácticas profesionales.

Aspecto ligado a lo vincular: Aquí incluimos aquellas cuestiones relacionadas con la exposición vincular entendida como las posibilidades e impedimentos, las habilitaciones e inhibiciones que las relaciones duraderas entre miembros de una comunidad pueden generar al momento transitar por el sistema de salud. Es decir cómo el hecho de “conocer y que te conozcan” (pensamos en el conocimiento mutuo entre trabajadoras/es y usuarias/os, el “ser reconocido en el marco de esta práctica”) puede significar un obstáculo o un facilitador para la atención. También consideramos dentro de esta dimensión a quién llega la información sobre el motivo de consulta, el secreto profesional.

⁴² Jodelet (1986) 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” (p. 472).

Aspecto ligado a la configuración simbólica del espacio: En este aspecto consideramos cómo se organiza el espacio en función de las significaciones que suscita. Partimos del supuesto que la distribución espacial es vehículo de significaciones sociales que orientan la acción. Reparamos en la distribución de los espacios, sus señalizaciones, los tipos de mensajes que se inscriben en los mismos, los recorridos previstos para las/os usuarios dentro del sistema, entre otros; para reconocer si estamos ante una configuración amigable, clara, o que representa ciertas dificultades para ser entendida.

1.3.5 El análisis de los servicios de salud y los procesos de trabajo en la producción de cuidado

Franco y Merhy en el libro “Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud” (2016) desarrollan aportes teóricos- metodológicos en relación al estudio de los servicios de salud⁴³ que resultaron fundamentales para escribir esta tesis. Dichos aportes han sido puestos en diálogo con las producciones y posicionamientos de otras investigaciones lo que permitió enriquecer y complejizar el análisis de nuestro trabajo de campo.

Estos autores, sostienen que el trabajo en salud se da siempre sobre la base de un encuentro, que es relacional, en acto. A diferencia de otros procesos en los que los productos se consumen en forma diferida de su producción, el “consumo” por parte del usuario en un servicio de salud se da en forma inmediata en la producción de la acción. El encuentro entre el usuario/ consumidor y el trabajador/ productor del acto (esto incluye también acciones colectivas de salud) construye un espacio intercesor entre ellos. Con este término se designa lo que se produce en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intercesiones, que es un producto que existe para “los dos” en acto y no tiene existencia por fuera del momento de la relación en proceso.

El hecho de que cualquier abordaje asistencial se produce a través del trabajo vivo en acto -es decir a través del trabajo en el momento en que se está realizando- se presenta como una característica constitutiva del modo de producción en salud. Es en ese encuentro en donde tiene lugar la producción de cuidado. En esta investigación coincidimos con la noción de cuidado que propone Epele (2012) donde se lo entiende como

(...) un proceso complejo en el que participan saberes expertos y legos, redes sociales, tecnologías, políticas y sistemas de atención, instituciones, tradiciones, tareas, acciones y cuerpos que está orientado tanto a promover y /o mantener el bienestar y la salud como aliviar el dolor y el sufrimiento
(p. 13)

⁴³ Franco y Merhy hablan de servicio asistencial de salud, donde lo asistencial no se vincula sólo a la acción médica, sino que se refiere a “todos los trabajos que con sus acciones (saberes y prácticas) hacen intervenciones tecnológicas en salud, tanto en forma individual como colectiva, como, por ejemplo, acciones sanitarias, educativas, del campo “psi”, odontológicas, entre muchas otras” (Franco y Merhy, 2016: 22)

Retomando la propuesta de Franco y Merhy (2016), el perfil del cuidado que se produce en el abordaje asistencial encuentra su definición en la micropolítica del proceso de trabajo, con esto nos referimos al actuar cotidiano de cada trabajador de la salud incluyendo las relaciones que construye con los/as otros/as trabajadores/as, con las/os usuarias/os y las tecnologías que pone en juego.

De acuerdo al planteo de los autores, quienes finalmente concretan el modelo tecnoasistencial, son los trabajadores de la salud a partir de su micropolítica en el proceso productivo y del ejercicio de sus decisiones en acto y no la norma externa que virtualmente se instituye y apremia, o - para ser precisos - más allá de lo que exprese la norma y el protocolo sobre “el modo de actuar”. El núcleo del planteo de estos autores reside en la idea de que en un centro de salud, por ejemplo – y a diferencia de una fábrica- resulta no sólo difícil o restringido sino imposible “capturar” globalmente el trabajo vivo o el autogobierno de las prácticas de salud, por la propia naturaleza tecnológica de ese trabajo. Obviamente que ese proceso productivo no puede pensarse prescindiendo de lo que podríamos llamar cuestiones estructurales vinculadas fundamentalmente a las condiciones de trabajo. Nos referimos por ejemplo a las diversas situaciones de precarización laboral, que pueden implicar un contrato informal, una demanda excesiva de trabajo, la falta de elementos o incluso espacio físico para garantizar las prestaciones de los servicios.

Franco y Merhy (2016) sostienen que el modelo asistencial que opera actualmente en los servicios de salud “está centralmente organizado a partir de los problemas específicos, dentro de la óptica hegemónica del modelo medico neoliberal, que subordina la dimensión cuidadora a un papel irrelevante y complementario” (Franco y Merhy, 2016, p. 74). Incluso plantean que los otros profesionales que integran los equipos de salud se encuentran subsumidos a la lógica médica que a su vez también tiene su núcleo cuidador empobrecido.

En consonancia con este planteo Epele (2012) menciona que en los sistemas de salud occidentales nos encontramos con una progresiva disociación entre Biomedicina y Cuidado, que implica también una progresiva división entre ‘médicos’ y ‘cuidadores’ (entre quienes se incluyen diversas profesiones no médicas) que participan directa o indirectamente en la resolución de los malestares, dolencias y enfermedades. La razón de esta división y subordinación entre estos “campos de actividades” puede encontrarse en el privilegio de la “racionalidad técnica del saber biomédico sobre otra lógica que involucra la atención, compromiso diario y asistencia” (Epele, 2012, p.13)

En función de los aportes de estos autores indagamos sobre las cuestiones que operan en la configuración de los espacios de encuentro entre trabajadores/as y usuarias/os y, finalmente, en la producción del cuidado. Nos preguntamos si era posible caracterizar al servicio de salud que estudiamos

como un servicio centrado en los procedimientos o centrado en las/os usuarias/os, o si existía una convivencia de esta suerte de modelos que ofrecían los autores.

1.3.6 El trabajo de campo

En consonancia con el enfoque antropológico adoptado en esta investigación, las estrategias metodológicas utilizadas para desarrollar nuestro trabajo de campo consistieron fundamentalmente en entrevistas cortas y en profundidad, conversaciones informales, análisis de documentación y comunicaciones públicas, observaciones -participantes y no participantes-, lo que en palabras de Willis (1980), puede entenderse como un “rango flexible de técnicas”, que se inscriben dentro de una estrategia metodológica cualitativa.

En cuanto al desarrollo del trabajo de campo, han sido fundamentales los vínculos establecidos a partir de nuestro trabajo de investigación en el 2014 y de nuestra participación en otro proyecto vinculado al CEMAP en 2017. Entendemos que fue gracias a esas experiencias previas que pudimos acceder de modo simple al CMDS “El Gurí” para realizar observaciones y entrevistar a sus trabajadores (incluido el CEMAP) y a las/os funcionarias/os que nos parecieron necesarios.

En relación a las experiencias de atención de las/os usuarios, fueron importantes los vínculos creados a partir de la inserción laboral de la tesista en una institución de la ciudad de Rosario vinculada a esta problemática. Desde dicho lugar se han generado espacios de trabajo con familiares de usuarios de la ciudad de Pérez, en función de los que resultó posible indagar en el acceso y experiencia de uso de los servicios. No sucedió lo mismo con las experiencias de atención de usuarias mujeres, dado que no se realizaron derivaciones desde el CEMAP hacia esa institución. Sí pudimos rastrear algunas de estas experiencias a través de las entrevistas a las trabajadoras del CEMAP y de modo menos cercano, recuperamos información de la encuesta aplicada en 2014 junto con el OAD- SEDRONAR.

Profundizando sobre las estrategias metodológicas mencionadas, las entrevistas y las observaciones tuvieron un lugar central en nuestro trabajo de campo, como modo de conocer las concepciones que quienes interactúan expresan, y no solo lo verbalizado a través de enunciados, sino también, silencios, expresiones corporales, gestos.

Compartimos la definición de Brumara (1994) que sostiene que

La entrevista es un territorio y una condición que se comparte (...) generada por la palabra y generadora de palabra (...) Es un espacio de negociación bajo el cual subyacen los sentidos preconstruidos, las matrices de significación, que en buena medida son el blanco de la investigación; pero

además, se constituyen sentidos que comprometen al par en juego. De la entrevista no se sale, no se puede salir, indemne (p.22).

En este sentido la entrevista no es entendida como una mera “técnica” de recolección de datos sino que constituye una relación social, un espacio de construcción intersubjetiva, una posibilidad de producción colectiva. Tal como señala Guber (1991), “la entrevista es un camino que comprende a la vez dos procesos simultáneos: la deconstrucción del universo del investigador y –a su vez- la construcción de la perspectiva del actor” (p. 215).

Uno de los desafíos que se nos presentó al iniciar la etapa de trabajo de campo para esta tesis fue el de evitar repetir aquello que realizamos en el 2014 y que es exactamente lo que plantea Beaud (1996) como un riesgo de los que hacemos abordajes etnográficos y por lo tanto entrevistas: sentir que tenemos que entrevistar “a todo el mundo”. En su texto del año 96 -traducido en el 2018 para ser publicado en la Revista Colombiana de Antropología- este autor señala, refiriéndose a una de sus experiencias que

(...) la primera ilusión de la que un entrevistador —yo mismo he sido víctima— debe deshacerse es la del número de entrevistas [...] Los entrevistadores sienten como si estuvieran obligados a multiplicar el número de entrevistas, como si fuera necesario, en este ámbito, “hacer volumen”. (Beaud, 2018. p 184-187)

Esta tendencia la vincula a la primacía del “criterio de método” estadístico y de la entrevista “sociológica” en detrimento de la etnográfica. De lo que se trata es de evitar que el material cualitativo sea “cuantitativizado” y que las entrevistas se trabajen como textos recortados de su contexto de enunciación. Nos resultó muy interesante también su preocupación - por la que nos hemos sentido muchas veces interpelados/as- de la representatividad, esas pequeñas trampas en las que podemos caer, de subestimar el tipo de enfoque que pretendemos desarrollar en esta tesis y acabar simplemente por acumular entrevista en búsqueda del “punto de saturación”.

Autores como Díaz Bravo et al. (2013) sostienen que la respuesta al interrogante de cuántas entrevistas hacer se define por este punto de saturación entendido como el momento en que una entrevista ya no ofrece nuevos datos a los recolectados en entrevistas previas: “la saturación señala que la recogida de datos es completa” (p. 165). ¿Quién podría animarse a establecer que ha alcanzado “la completud” de los datos? En esta investigación procuramos seguir los consejos de un colega que sugirió extender el trabajo de campo hasta sentir que con lo realizado tenemos algo para decir en relación a la problemática que estamos abordando; “algo” que puede considerarse un aporte.

También resultaron fundamentales para el cumplimiento de nuestros objetivos de investigación las observaciones - participantes y no participantes. Como señala Shore (2010).

Es con base en este trabajo de campo y en el “estar ahí” que somos capaces de observar lo que las personas, de hecho, hacen, a diferencia de lo que dicen que hacen (que es lo que los cuestionarios, las entrevistas y las reuniones de grupos focales logran). Esta aproximación empírica es ideal para generar conocimiento interno y una “descripción densa” de alta calidad que nos permite meternos “debajo de la piel” de las complejidades socioculturales que deseamos comprender (p. 33).

Una cuestión que nos interesa aclarar es que en ese ida y vuelta permanente entre trabajo de campo y análisis teórico, consideramos que para profundizar en algunos aspectos que reconocimos hacia el final del proceso de investigación hubiera resultado pertinente volver al campo a realizar nuevas observaciones. Sin embargo esto resultó imposible dado el contexto de pandemia que estamos atravesando. El escenario actual generó una alteración significativa de toda nuestra cotidianeidad y especialmente cambió la lógica de trabajo de los efectores de salud, dentro de los que se incluye en CMDS “El Gurí”. De modo que las cuestiones pendientes deberán ser abordadas en próximas experiencias de investigación.

Con los registros que surgieron del trabajo de campo, los conceptos seleccionados y los antecedentes de investigación, procedimos a la realización de un análisis etnográfico. Este es entendido, siguiendo a Rockwell (1987), como un trabajo específico que lleva a la construcción de nuevas relaciones y a la transformación de las concepciones iniciales que se tenían sobre el objeto de estudio. Como plantea dicha autora:

Consideramos que se ha hecho análisis etnográfico cuando se modifica sustancialmente la conceptualización inicial del objeto de estudio; cuando, a consecuencia de la construcción de nuevas relaciones, se puede dar cuenta del orden particular, local y complejo del fenómeno estudiado; cuando la descripción final es más rica, más ‘densa’ (Geertz, 1973) que la descripción inicial. (Rockwell, 1987, p.19)

Como mencionamos al inicio de este apartado el enfoque etnográfico se complementó con datos contruidos a partir de técnicas que se inscriben tradicionalmente en las metodologías de tipo cuantitativo (nos referimos tanto a fuentes propias como secundarias). Recuperamos especialmente la base de datos construida a partir del estudio del Observatorio Argentino de Drogas, para realizar diferentes cruces que nos permitieran complejizar nuestra mirada inicial sobre la percepción de las diferentes instituciones disponibles y de las referencias construidas en relación a las mismas.

Apelamos también en forma constante a las legislaciones vigentes que operan como contexto insoslayable de esta investigación y consultamos informes referidos específicamente a la ciudad de Pérez, como el que nos facilitaron quienes implementaron el Plan Abre en la ciudad, en dos de los tres barrios en los

que habíamos realizado las encuestas en 2014 y el Informe Final del Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Ambiental "Pérez 2030".

Es importante para nosotras reconocer nuevamente a aquellas personas que se constituyeron a lo largo del proceso como informantes claves, y permitieron con su predisposición permanente establecer nuevas relaciones entre los diferentes materiales del trabajo de campo y hacer fluir el análisis.

En relación a los registros de campo citados en el cuerpo de esta tesis, en aquellas ocasiones que se mencionan los nombres de las personas, estos fueron reemplazados a fin de observar las normas éticas que regulan la investigación con personas, a excepción de los de las/os funcionarios públicos.

Capítulo 2

El propósito fundamental de este capítulo es describir de modo general los servicios de salud de la ciudad de Pérez y de manera más detallada las prestaciones del CMDS “EL Gurí” (incluido el CEMAP) y los servicios de salud vinculados a los usos de sustancias de este lugar. Sin embargo, por su relevancia en nuestro análisis, antes de abocarnos a esa tarea nos interesa comentar -sintéticamente - algunas de las características fundamentales del sistema de salud en Argentina, y de las medidas asistenciales⁴⁴ que se implementaron a nivel nacional (y recientemente en lo provincial) para dar respuesta a los problemas vinculados al uso de sustancias. Por un lado, entender cómo funcionan las articulaciones entre los subsistemas que mencionamos a continuación y entre el estado nacional, provincial y municipal, nos será de utilidad para analizar la configuración actual de los servicios en la ciudad de Pérez. Nos referimos por ejemplo a cómo se dan los vínculos entre los efectores públicos y privados, los modos en que se responde a las demandas de salud de la población, las políticas de presupuesto, entre otras.

Por otro lado, en relación a las medidas asistenciales para las/os usuarias/os de sustancias, quisimos dar cuenta del modo en que se fueron configurando los servicios; analizar si su emergencia puede vincularse a algunas legislaciones penales, cuáles fueron las responsabilidades que se asumieron o no desde el sector público, entre otros. Si bien nuestro interés está puesto en la reconfiguración de los servicios de salud a partir de la implementación de la LSM, y en ese sentido se posiciona en un enfoque diferente al que resultó hegemónico en las décadas anteriores, persiste una convivencia de miradas bastantes dicotómicas para abordar los consumos. Entendemos que necesitamos de dicho proceso previo para pensar por ejemplo en las organizaciones que brindan asistencia especializada, cómo se accede a las plazas o becas, qué criterios se consideran desde el CMDS a la hora de realizar derivaciones, cuál es la oferta disponible. Además insistimos en recordar que no solo la Ley que penaliza a usuarias/os sigue vigente, sino que algo similar sucede con ciertos discursos que vinculan a las personas que usan sustancias (sobre todo ilegalizadas) con la delincuencia y/o peligrosidad. En este sentido, reconocimos que algunos de estos elementos se ponen en juego en las posiciones de quienes interactúan con usuarias/os de sustancias en los servicios de salud. Como señalan Oszlak y O Donnell (1981) “si nos limitáramos a estudiar políticas estatales prescindiendo del proceso social del que son parte podríamos tener estudios mucho más `manejables´ y formalizables pero el costo de esta opción sería el vaciamiento de su interés teórico” (p.23)

⁴⁴ Nos referimos a todas aquellas intervenciones que desde el ámbito público y/o privado se propusieron para dar respuesta a los problemas vinculados al uso de sustancias.

2.1 El sistema de salud en argentina: consideraciones breves

Algunas de las investigaciones que mencionamos en los antecedentes de este escrito se han dedicado a analizar el sistema de salud argentino y su configuración (Belmartino, 2005 y 2009; Stolkner, 2009; Maceira, 2009; Ballesteros, 2013; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, 2011). Si bien existen cuantiosas experiencias previas recuperadas por las/os autoras/es que nombramos anteriormente, es posible afirmar que fue a mediados de la década del 40, con la creación del Ministerio de Salud que el sector público empezó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector (PNUD, 2011). Aunque esas experiencias anteriores a la década de 40 no se mencionen en esta ocasión⁴⁵, nos interesa recuperar el análisis de Belmartino (2009) cuando señala que

(...) el diseño institucional implantado en los años 40 reconoce, en ese sentido, la presencia de un legado: se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX. (...) Las nuevas formas organizativas resultarán afectadas por la presencia de tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional. (p. 4)

En relación a los tipo de cobertura, el desarrollo del sistema de salud argentino no se construyó sobre sistemas públicos de cobertura universal o sobre la base del financiamiento contributivo en la seguridad social, sino que siguió un doble patrón, donde la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado (PNUD, 2011). “La inexistencia de un fondo único que permita asegurar y ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población” (Maceira, 2009, p.3) se traduce en un proceso de desigualdad en el acceso a la salud, donde priman la segmentación y la heterogeneidad.

Desde la década del 40⁴⁶ nuestro sistema de salud se encuentra conformado por tres subsectores diferenciados jurídica y financieramente: el estatal, el de las obras sociales y el privado (o público, de fondos de seguridad social y prepagas). Las distintas investigaciones que mencionamos hacen hincapié en la fragmentación del sistema no solo en relación a los tipos de cobertura que mencionamos y que se caracterizan por la falta de integración sino también desde el punto de vista administrativo, que se expresa

⁴⁵ Invitamos para ello a la lectura completa de la publicación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- (2011) El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. (1a ed.). Buenos Aires.

⁴⁶ La publicación de PNUD (2011) identifica cinco sub períodos en la evolución del sistema de salud argentino: “1945-1955: los años de la planificación estatal centralizada; 1955-1970: modelo pluralista de planificación descentralizada; 1970-1990: consolidación y crisis del modelo fragmentado; 1990-2001: la desregulación de los mercados de la salud; Desde 2001: intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social.” Es preciso considerar que esta publicación llega hasta el año 2011.

fundamentalmente en el subsector público donde existe una división jurisdiccional -nacional, provincial y municipal- sin una adecuada coordinación entre estos niveles.

La organización federal del país supone que “las responsabilidades sustanciales de la provisión pública de salud corren por cuenta de las provincias” (PNUD, 2011, p-9.). A su vez el proceso de reforma en salud ocurrido en la década de los 90 profundizó la descentralización del estado nacional hacia las provincias y municipios y el desfinanciamiento a partir de la supresión de partidas presupuestarias. Esta situación se combina con el carácter corporativo de los actores del sistema de salud que también se presenta como un obstáculo para disminuir su segmentación. Como señala Stolkiner (2009) refiriéndose la instauración de las políticas neoliberales en el sector salud

(...) la transformación regida por una tendencia hegemónica a someter el funcionamiento del sistema a la lógica del mercado, incorpora como premisas absolutamente indiscutibles el principio de financiación de la demanda en lugar de la oferta, el reemplazo de la lógica de solidaridad por la autoprovisión individual y la estratificación de los usuarios según su capacidad adquisitiva. (Stolkiner, 2009).

A su vez, las organizaciones que ofrecen los servicios tienen normas particulares que suponen diferencias en la captación de los recursos, en las formas de utilización y en los derechos reconocidos a la población a cargo (Belmartino, 2005). Esto sucede más allá de que el sector público de nuestro país tenga a toda la población como potencial usuaria de los servicios. Pese a la desigualdades de coberturas y prestaciones entre las provincias, en relación a otros países de la región, el grado de cobertura con el que cuenta la población es alto (PNUD, 2011).

En próximos apartados de este capítulo realizamos algunas consideraciones sobre el presupuesto destinado a salud y el rol que asumen los gobiernos locales para garantizar las prestaciones de salud a sus habitantes. Además ofrecemos algunos datos vinculados los niveles de cobertura de salud de la población de la Ciudad de Pérez. Ahora comentamos someramente el modo en que se configuraron las prestaciones de salud ligadas al uso de sustancias en nuestro país.

2.2. Las respuestas asistenciales para usuarios/as de sustancias: aspectos nodales

“Los saberes que circulan socialmente sobre los usos de drogas y el modo en que se configuran como problemas de salud, se producen en un tiempo histórico y en una cultura determinada que moldea y normativiza las formas de padecimiento mental y sus respuestas sociales. A su vez, establecen marcos de referencia para la construcción tanto de los especialistas como de los usuarios en las instituciones.”

(Pawlowicz et al. 2011, p. 93)

Si quisiéramos comprender de modo minucioso la configuración actual de los servicios de salud para usuarias/os de sustancias sería necesario historizar la construcción de la matriz “prohibicionista-abstencionista” en nuestro país y específicamente del modelo abstencionista como forma de tratar los usos de sustancias⁴⁷. Sin embargo no es posible desarrollar aquí ese vasto campo de medidas, por lo que nos centramos solo en aquellas que consideramos más relevantes para explicar cuestiones del presente recuperando especialmente la investigación de Corda et al (2014). Comenzamos por plantear que la conformación de dicha matriz a lo largo del siglo XX fue el resultado de “la superposición de distintos discursos hegemónicos (higienismo, defensa social, seguridad nacional, seguridad ciudadana)” (Corda et al, 2014, p. 51)⁴⁸. De la mano de la firma de los convenios y convenciones internacionales⁴⁹ que configuraron el paradigma prohibicionista y “la guerra a las drogas”, se fueron implementando en nuestro país otras legislaciones y medidas para que las respuestas en materia de asistencia de las/os usuarias/os de estupefacientes se desarrollaran en sintonía con la

⁴⁷ De ningún modo negamos la existencia de las disputas entre distintos modelos de abordaje, aunque el abstencionista haya sido el hegemónico.

⁴⁸ En 1924 se sanciona la primera Ley penal que alcanzaba las conductas vinculadas a algunas sustancias incorporando al Código Penal los términos “narcóticos” y “alcaloides” y en 1926 una nueva reforma de este código instauró la posibilidad de sancionar la posesión o tenencia ilegítima de esas sustancias con penas de 6 meses a 2 años de prisión, sin discriminar entre traficantes y consumidores.

Desde fines de los años 60 y lo largo de las décadas del 70 y 80 mientras aumentaban las causas penales y demanda de tratamiento comenzaron a crearse distintos organismos: Fondo de Ayuda Toxicológica en la Cátedra de Toxicología de la Facultad de Medicina de la UBA en 1966, Servicio de Toxicomanía del Hospital Borda en 1971, Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos dentro del Ministerio de Desarrollo social en 1972, Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO) en 1973 -primera institución especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de estas sustancias, Centro de tratamiento “Viaje de vuelta” vinculado a Iglesia Católica en 1982, entre otros. También surgen por esos años las primeras comunidades formadas por usuarios y con vínculos con las iglesias evangélicas que bajo la forma de tratamiento residencial se mostraban como una alternativa a la internación. El “Programa Andrés”, creado por el pastor Carlos Novelli fue la primera asociación civil que brindó una respuesta en este sentido. (Corda et al., 2014)

⁴⁹ Nos referimos a los instrumentos que mencionamos en el primer capítulo y a los que nuestro país fue adhiriendo a través de distintas legislaciones.

aplicación de las medidas de seguridad de la Ley penal. Esto generó impactos negativos en relación con los equipos de salud. (Corda et al., 2014)

Con la sanción de la Ley Nro. 20771 en 1974, por ejemplo, además del aumento de las penas y las conductas incriminadas para los delitos de tráfico y tenencia de estupefacientes –incluida la destinada a uso personal-, también se incorpora la posibilidad de imponer junto a la pena una “medida de seguridad curativa”, es decir un tratamiento compulsivo a las personas “dependientes”. Recordemos a su vez que, como mencionamos en el primer capítulo de este escrito en la década del 70 bajo la doctrina de la seguridad nacional, “la pelea contra la ‘toxicomanía’ comenzaba a interpretarse como una forma de lucha contra la subversión;” (Corda et al., 2014, p. 15).

Si bien con el regreso de la democracia existieron algunos intentos de responder a esta problemática desde un enfoque sanitario y social⁵⁰, en sintonía con las políticas que resultaron hegemónicas a nivel mundial (y por condicionamientos vinculados a la obtención de ayudas económicas en el plano internacional) finalmente se consideró que “la asistencia sanitaria estaba inseparablemente ligada a la persecución del narcotráfico”. (Corda et al., 2014, p.33).

Es a finales de la década del 80 y principios de la siguiente cuando se termina de consolidar la matriz prohibicionista-abstencionista, condicionando las respuestas de las dos décadas siguientes, y perdurando en distintos aspectos en la actualidad. En congruencia con las políticas internacionales, durante 1989 suceden dos cuestiones fundamentales. Por un lado se creó, mediante el Decreto Nro. 271, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), dependiente de la Presidencia de la Nación. Este organismo se constituyó como el principal defensor de dicha matriz ganando atribuciones a lo largo del tiempo.

Por otro se sancionó una nueva ley especial de estupefacientes, la Ley 23.737, que sigue vigente. Con esta Ley se amplían nuevamente las conductas y penas vinculadas a los delitos de tráfico con prisión de 4 a 15 años. Se discrimina la tenencia simple (con prisión de 1 a 6 años) de la tenencia para consumo personal. Esta se pasa a castigar con prisión de 1 mes a 2 años pero se presenta la posibilidad de desviar el proceso hacia una “medida de seguridad” curativa (cuando se trata de una persona “dependiente”) o educativa (si se es “pricipiante o experimentador”). Así, quienes usan estupefacientes aparecen asociados al doble rótulo de “delincuentes-enfermos” aunque los defensores de las medidas de seguridad curativa suelen señalar que ellas resultaron (y resultan) una forma de no castigar a las/os usuarias/os. En este sentido, como señalan Corda et al. (2014)

⁵⁰ Ver Corbelle, F. (2018) *El activismo político de los usuarios de drogas: de la clandestinidad al Congreso Nacional* (1a ed). TeseoPress, cuando se refiere a la creación de la CONCONAD.

el hecho de desarrollarse dentro del aparataje de las agencias del sistema penal, no solo distorsiona el desarrollo del dispositivo (educativo o sanitario), sino que mantiene latente las consecuencias de tener un proceso penal abierto, incluida la posibilidad de imponer una pena de prisión. (p. 27).

En relación a la creación de la SEDRONAR esta representó la cristalización en un organismo estatal de la política nacional de atención por uso de estupefacientes. Sin embargo desde sus inicios existió una superposición de sus áreas de incumbencia con las de Ministerio de Salud. Siguiendo a Touzé et al (2008) podemos decir que a la complejidad que caracteriza de por sí al sistema de salud argentino -de la que dimos cuenta anteriormente- se suma, para lo referido a la asistencia por uso de drogas, que las acciones sanitarias tenían un doble ámbito institucional de injerencia (y eso limitándonos solo a la jurisdiccional nacional) que continua hasta la actualidad: por un lado la Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (ex SEDRONAR, aunque conserva estas siglas) dependiente de la Jefatura de Gabinetes de Ministros y por otro el Ministerio de Salud de la Nación (desde el año 2010 se crea la Dirección de Salud Mental y Adicciones dentro de ese ministerio, antes existieron otras dependencias como la Comisión Nacional para el Control del Narcotráfico y el Abuso de Drogas –CONCONAD-).

Es importante mencionar que durante la década de 1990 partiendo del diagnóstico de que los organismos gubernamentales no tenían capacidad de respuesta, se dio un notable crecimiento de la oferta institucional de servicios en materia de drogas con efectores diversos, y se descentralizó la atención hacia el subsector privado a través de sistemas de subsidios y becas⁵¹ (Touzé et al., 2008). En ese contexto proliferaron instituciones diversas que ofrecían atención por uso de sustancias; algunas brindaban atención ambulatoria y otras residenciales. Como ejemplos podemos señalar los programas de “Doce Pasos” (Narcóticos Anónimos), las llamadas “granjas” que sostenían vínculos con comunidades religiosas, comunidades terapéuticas, que en líneas generales tuvieron poca relación con el sistema sanitario.

La SEDRONAR a través de la creación del “Programa de Subsidios para Asistencia Individual en el Tratamiento de Adictos con Internación en Institutos No Gubernamentales” en 1992 contribuye a la expansión de dicho subsector privado. Se trata entonces de ampliar una estructura diseñada al margen del sistema de salud, en el que aparecían nuevos actores y lógicas de atención. Todo esto en el contexto de un sistema sanitario ya altamente fragmentado.

⁵¹ Corbelle (2018) señala que “en 1988, la CONCONAD, con financiamiento de la ONU y el aporte técnico del Centro Italiano de la Solidaridad, puso en marcha la Escuela de Formación de Operadores Terapéuticos que capacitó, entre 1988 y 1990 a 27 OST en el Progetto Uomo de Italia y a 189 en Argentina. Luego, con el cambio de gobierno, la institución cerró sus puertas y la SEDRONAR junto a FONGA [Federación de Organizaciones No Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas] tomaron la posta formativa. La oferta, no obstante, se volvió asistemática y los cursos dejaron de ser gratuitos, por lo que la trasmisión del oficio se basó en la experiencia de trabajo en la CT donde el operador habían realizado su propio tratamiento” (p. 178).

A fines de la década de 1990, aunque la atención por uso de sustancias se efectuara mayoritariamente en forma ambulatoria, “el énfasis de las políticas de asistencia de la SEDRONAR en la oferta de dispositivos de internación reforzaba la lógica custodial en la atención de los usuarios” (Corda et al., 2014, p.39).

En esa misma década, específicamente en los años 1995 y 1996 se sancionaron dos leyes (Nro. 24.455 y Nro. 24.754) vinculadas a las prestaciones de salud para usuarias/os de sustancias. La primera estableció que las obras sociales debían incorporar como prestaciones obligatorias la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes (también las vinculadas al SIDA⁵²). La segunda planteaba que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales, conforme a lo establecido por las Leyes Nro. 23.660, 23.661 y 24.455. Por lo que también tenían la obligación de incorporar estas prestaciones. Un aspecto relevante es que en las mismas no se incluyeron políticas de reducción de daños⁵³ y en los casos que se tratara de medidas de seguridad curativa debía ser el Juez de la causa quien indicara las necesidades y las condiciones del tratamiento⁵⁴.

De este modo el Programa de Subsidios de SEDRONAR, de alcance nacional se pensaba como un subsidio a personas de bajos recursos económicos y sin cobertura de obra social para que efectuaran tratamiento en ONGs.

⁵² Durante la década del 80 irrumpió la pandemia del VIH, que afectó particularmente a los usuarios de drogas inyectables (UDIs). Esta circunstancia le sumó a las personas que usaban estupefacientes la condición de posibles transmisores de una pandemia asociada a la muerte, y reforzó los criterios de peligrosidad atribuidos a ellos (Corda et al., 2014).

⁵³ En relación a las políticas de prevención desarrolladas por la SEDRONAR en esa década (y en general hasta el 2014 con excepción de un breve período en 2000-2001) tuvieron los mensajes se concentraban en que aquellos que nunca habían consumido no empezaran a hacerlo y los que ya lo habían hecho, o lo seguían haciendo, abandonaran esa práctica.

⁵⁴ En la provincia de Santa Fe la situación no escapó de lo sucedido a nivel nacional. En el año 1995, bajo el gobierno de Reutemann se aprueba a través de un decreto el Reglamento Orgánico de la Dirección General de Drogas Peligrosas dependiente de la Jefatura de Policía de la Provincia (luego Dirección General de Control y Prevención de Adicciones) en el que se menciona como una de sus funciones específicas además de “reprimir el narcotráfico”, las tareas de “prevenir la drogadicción y recuperar al drogadicto” (p. 2). Ese mismo decreto crea en el marco de la Dirección General una División de Prevención e Información en la drogadicción y una División Gabinete Técnico. En relación a la primera se establecieron como funciones del Jefe a cargo (un oficial) estudiar programas de prevención para distintas zonas de la provincia, implementar de planes necesarios para informar a la sociedad sobre la problemática de la drogadependencia y el narcotráfico, con su equipo de salud participar en la rehabilitación de los adictos y asesorar a instituciones y personas sobre adicciones y sus secuelas. En otro de sus artículos se prevé también la existencia de una Granja de Reducción para los internos y un Hospital de Día que cumpliría la funciones de control y tratamiento del individuo con problemas de adicción. A su vez, dentro de la División Gabinete Técnico (a cargo de un oficial médico) se crea la Sección Sanidad, tratamiento y reeducación que tiene como funciones además de producir los informes médicos legales sobre los presuntos adictos, emitir diagnósticos y determinar su probable evolución tiene que recomendar, supervisar y participar en la reeducación de adictos (p. 11). En el año 2012, el gobierno provincial modifica este decreto y dispone que la Dirección General de Control y Prevención de Adicciones desde el año 2011 dependa operativamente del Ministerio de Seguridad y administrativamente del Jefe de Policía de la Provincia.

Siguiendo a Galante et al (2006) podemos decir que las representaciones sociales sobre el uso y las/os usuarias/os de estupefacientes contribuyeron a legitimar un sistema de atención centrado en la internación de las/os usuarias/os, que podía efectuarse en forma compulsiva. Además, la idea de las/os usuarias/os como personas incapaces limitó las posibilidades del desarrollo de programas asistenciales y preventivos que los incluyeran como sujetos de derechos.

Retomando la cuestión relativa a las orientaciones de la asistencia, recién en el año 2000 algunas de las políticas públicas dirigidas a las/os usuarias/os de estupefacientes y otras sustancias psicoactivas desarrolladas con el enfoque de reducción de daños comenzaron a lograr acompañamiento gubernamental, sin embargo esto no se dio en todos los casos y además aún no se lograron modificaciones en la Ley Nro. 23737 que desvinculen completamente las cuestiones asistenciales de las penales⁵⁵.

La Ley de Salud Mental: intentos para cambiar los modos de atención vinculados al uso problemático de sustancias

Pese al escenario que describimos anteriormente, la sanción de la Ley Nacional Nro. 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental en 2010⁵⁶ y su reglamentación en 2013 supuso un significativo viraje en torno a los modos de abordar la cuestión de los usos problemáticos de sustancias, y a las usuarias/os de las mismas. Son amplias y variadas las voces⁵⁷ que sostienen que la implementación efectiva de la normativa (especialmente en lo que se refiere al despliegue de recursos necesarios) puede tener “un rol decisivo en la transformación de las respuestas custodiales destinadas a los usuarios de drogas, ya que impulsa un sistema de atención de base comunitaria y fundamentada en el respeto de sus derechos” (Corda, et al., 2014, p.52).

En este sentido, nos interesa recuperar de su Decreto Reglamentario Nro. 653/13, el artículo 11 (Anexo I) en el que se promueve la organización de redes de servicios con base en la comunidad, y se establece que:

(...) dicha red debe incluir servicios, dispositivos y prestaciones tales como: centros de atención primaria de la salud, servicios de salud mental en el hospital general con internación, sistemas de atención de la urgencia, centros de rehabilitación psicosocial diurnos y nocturnos, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, sistemas de apoyo y atención domiciliaria, familiar y comunitaria en articulación con redes intersectoriales y sociales para

⁵⁵ Para un conocimiento más detallado de lo acontecido en relación a esta problemática en el período 2003-2015 recomendamos la lectura de Llovera, S. y Scialla, M. (2017) Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado” en Revista Temas y Debates. ISSN 1666-0714, año 21, número 34, julio-diciembre 2017, pp. 77-99.

⁵⁶ Esta Ley derogó a la Ley 22914 de Internación y Egresos de Establecimientos de Salud Mental, sancionada bajo el gobierno de facto, de Leopoldo Galtieri, en 1982.

⁵⁷ Incorporándose a los diagnósticos emitidos por un amplio sector del campo académico, los movimientos de usuarios y trabajadores en defensa de la LSM.

satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que favorezcan la inclusión social. (Decreto Reglamentario 603/2013)

También en ese mismo artículo se afirma que “entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños” (Decreto Reglamentario 603/2013) lo que vuelve a ratificarse en la sanción del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (IACOP) de 2014, pese a que este plan aún sigue sin reglamentarse. No obstante, en el Artículo 6 del Anexo I de la Reglamentación de La Ley Nº 26.657 se insta a la autoridad de aplicación a asegurarse que todos los prestadores de salud (de los tres subsistemas) adecuen su cobertura a las previsiones de la Ley Nº 26.657.

Uno de los instrumentos fundamentales de esta Ley fue la creación del Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos de las/os usuaria/os de los servicios de salud mental, permitiendo terminar con las vejaciones a dichos derechos ocurridas en diversas organizaciones. Ese órgano también debía promover que cada jurisdicción creara su propio órgano para lograr la supervisión de las políticas de salud mental y garantizar que adoptaran el enfoque de derecho establecido por la Ley nacional. En la Provincia de Santa Fe recién fue a fines del año 2017 que esto sucedió creándose el “Órgano de Revisión y Promoción de Derechos de Usuarios de los Servicios de Salud Mental de la Provincia”, en el ámbito de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe. Esta sanción fue el resultado de la presión ejercida no solo por dicho organismo a nivel nacional, sino también por los movimientos de trabajadoras/res y usuarias/os de la salud mental, que desde los inicios de la gestión presidencial 2015-2019 reclamaban no solo la falta de avances concretos en la implementación de la Ley sino por posturas y medidas contrarias a la misma, ancladas en posiciones tutelares.

En este sentido, nos encontramos con diferentes diagnósticos (Romero, 2019, Touzé et. al, 2017) que definían – y continúan definiendo- el estado de implementación de la LSM como “larval”. Esta situación es vinculada especialmente a las decisiones políticas del gobierno nacional en el período 2015 -2019 y al carácter corporativo de un sector del poder médico-psiquiátrico que se resiste y opone a quedar “en un pie de igualdad con el resto de los profesionales para el abordaje terapéutico de los pacientes que requieren de la interdisciplinariedad para la atención integral”. (Romero, 2019, p. 1)

Un año antes de la creación del Órgano de Revisión Provincial (en 2016) bajo la órbita del Ministerio de Gobierno y Reforma del Estado Provincial, tuvo lugar la puesta en marcha de la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), reemplazando a la Dirección Provincial de Adicciones (DPA). A su vez en el año 2017 la APRECOD crea el Plan Abre Vida para el abordaje integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias y las Adicciones en la provincia de Santa Fe.

En cuanto a la APRECOD, son múltiples las competencias que se le asignan a este organismo en el decreto que establece su creación, Decreto Nro. 0419/2016 de los cuales nos interesa señalar específicamente tres que citamos a continuación:

a) Diseñar, coordinar y evaluar las políticas públicas que, en materia de adicciones, se desarrollen desde las gestiones públicas y privadas en el ámbito de la provincia de Santa Fe con el objetivo de favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de las adicciones en su conjunto, priorizando la promoción, prevención e inclusión social de los sujetos en situación de vulnerabilidad.

e) Garantizar lo dispuesto por: la Ley Nacional N° 26.934 (Plan Nacional Integral para el abordaje de los consumos problemáticos IACOP) a la que suscribe la provincia; la Ley Provincial N° 10.772 de Salud Mental; la Ley Nacional N° 26.657 que regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental; Ley Nacional N° 26061 de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y la Ley Provincial N° 12.967 de Promoción y Protección Integral para todo sujeto menor de 18 años que padezca algún consumo problemático o adicción.

g) Promover el abordaje integral, interdisciplinario, intersectorial e intergubernamental de esta compleja problemática, articulando y coordinando acciones con todos los ministerios involucrados, municipios y comunas, organizaciones sociales comunitarias y no gubernamentales, pudiendo suscribir acuerdos y convenios a tales fines con los mismos.

<https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/29-03-2016decreto419-2016.html>

De la primera competencia, aparece como fundamental la posibilidad de intervenir no solo en las gestiones públicas vinculadas a la asistencia para usos de sustancias dentro de la provincia, sino también en las privadas, teniendo en cuenta especialmente la proliferación de organizaciones que surgieron a partir de la política nacional de subsidios de SEDRONAR. Objetivo que coincide con la creación del Órgano de Revisión Provincial.

En relación a la segunda competencia que citamos, nos parece importante que se explicita la necesidad de garantizar lo que dispone la LSM, más allá de su aplicación de orden público. En este sentido en esta Ley y en la que crea el Plan IACOP, como ya señalamos anteriormente, se establece que debe incorporar el modelo de reducción de daños. No obstante la APRECOD en lo que tiene que ver con la política de prevención conserva un posicionamiento similar al de los abordajes abstencionistas, corriendo riesgos de convertirse en un discurso patologizante. Así, el decreto que le da origen a la APRECOD, sostiene que su objetivo es:

(...) la articulación de acciones y coordinación operativa con las diferentes jurisdicciones para la promoción de la salud, prevención del consumo problemático de sustancias en la población general y,

especialmente, en sujetos o grupos vulnerables, como así también garantizar el tratamiento e integración de los sujetos que presenten patologías adictivas (Artículo 1, Decreto 0419/16).

Por último la tercera competencia, nos permitió abordar en otros apartados de la tesis, las vinculaciones de este organismo con el municipio de Pérez y su rol en relación a la derivación a organismos con los que sostiene convenios.

En cuanto a la SEDRONAR fue recién a fines del año 2013 que se estableció la división de sus funciones, dado que como mencionamos anteriormente, desde su creación el organismo se ocupaba tanto del control de la oferta como del de la demanda de drogas en nuestro país. A partir de esta fecha, el control del tráfico de drogas, es decir, la “oferta”, pasa a estar a cargo del Ministerio de Seguridad de la Nación. Al mismo tiempo, la SEDRONAR comienza a poseer como ámbito privilegiado de incumbencia las tareas de prevención de adicciones, capacitación en esta materia, y asistencia a los usuarios y usuarias de drogas, algunas de ellas en forma conjunta con la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

En este sentido, en el año 2014 la SEDRONAR (acorde a la propuesta contenida en el Plan IACOP - pese a su no reglamentación) comienza a tener un rol más activo en la generación de dispositivos de prevención y asistencia en distintos lugares del país (en su mayoría en territorios vulnerados) que se vieron prontamente desfinanciados (algunos directamente cerrados) con el cambio de gestión a nivel nacional en 2015. El mecanismo de becas individuales para tratamiento en organizaciones “especializadas” (en general se sostienen convenios con distintas instituciones u organizaciones -instituciones prestadoras de SEDRONAR⁵⁸-, que se traducen en una cierta cantidad de plazas disponibles, de modo similar que ocurre con APRECOD) siguió siendo la política principal de este organismo en cuanto a la asistencia. Resulta en ese sentido emblemática la firma de un convenio a fines del año 2016 entre SEDRONAR y la Asociación “Hogar del Padre Misericordioso” a través del cual la SEDRONAR le cedió las instalaciones de lo que fue la Casa Educativa Terapéutica (CET) ubicada en Granadero Baigorria e instó a los gobiernos locales (de Roldán, Capitán Bermúdez, Pérez, Funes) a que se comprometieran a colaborar con el funcionamiento de este espacio.

Más allá de las simplificaciones y recortes en los que pudimos incurrir en este apartado nos interesaba, por un lado, dar cuenta de los modos en que se configuraron las respuestas para el abordaje de los consumos de sustancias: alejadas en general de los servicios de salud y vinculadas a la aplicación de las medidas de seguridad de la Ley penal; así como de los cambios propuestos por el enfoque de derechos desde el año 2010. Por otro lado, recuperar el surgimiento de estas dependencias creadas en momentos históricos

⁵⁸ En el informe sobre dispositivos de prevención y asistencia del año 2016 se menciona la existencia de ocho instituciones prestadoras de SEDRONAR en la ciudad de Rosario <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2016-03-10ZInformeZProvincialZSantaZFe.pdf>

muy distintos, a nivel nacional (SEDRONAR) y provincial (APRECOD), como contexto para comprender lo que sucede en la ciudad Pérez, especialmente a la hora de analizar los procesos de derivación desde el CEMAP hacia organismos especializados, que abordamos en el cuarto capítulo.

2.3. Los servicios de salud de la ciudad de Pérez

Como mencionamos en la introducción de este escrito la ciudad de Pérez cuenta en el ámbito público con dos centros que brindan APS, el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) y un Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CEMAP) que se ubica en la planta alta del edificio del CMDS “El Gurí” pero que depende de la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad. A su vez, dentro del CEMAP funciona un dispositivo de atención a la salud mental denominado “Sala de Estar”⁵⁹. Los dos centros de salud cuentan con servicios de salud mental y el efector municipal brinda un servicio de guardia durante 24 hs. al que acuden también personas que viven en las localidades aledañas.

En relación al sistema de emergencias, la base del SIES se emplaza en el CMDS “El Gurí” aunque la central telefónica que lo opera es gestionada desde la ciudad de Rosario, y tiene como área de influencia los municipios de Pérez, Soldini, Zavalla y una zona de Rosario. Las personas tienen que llamar exclusivamente al número 107⁶⁰ para solicitar asistencia. Hay una ambulancia disponible, con un médico sin especialidad y un chofer capacitado en emergencias (ambulancista). Además, como señalamos en dicho CMDS funciona una guardia de 24 hs que cuenta con médicas/os también sin especialidad y enfermeras/os. Por turno trabajan dos médicas/os y un/a enfermero/a.

A su vez el CMDS dispone de una ambulancia propia con un ambulancista para utilizarse en caso de que resulte necesario hacer el traslado de una persona desde la guardia médica hacia un efector del segundo o tercer nivel. El personal médico que puede llegar a acompañar un traslado es el mismo que el que está en la guardia, quedando uno/a para la atención de este espacio. En el caso del CDS Nro. 21, si necesitan allí una ambulancia la solicitan al Nro. 107 y si no obtienen respuesta gestionan con el Director del CMDS o con el Secretario de Salud el envío de la ambulancia propia del CMDS.

Existe además un “Móvil de Primera Repuesta”, también llamado UPA (Unidad de primeros auxilios)⁶¹ que en principio estaba destinado a Cabín 9, pero que terminó utilizándose para el resto de Pérez y en algunos casos en Funes y Rosario. Dicho móvil se encuentra enrutado en el Nro. 107 y cuenta con un chofer y un

⁵⁹ Las prestaciones del CMDS “El Gurí” y del CEMAP se abordan en próximos apartados de este capítulo.

⁶⁰ “La Red Provincial de Emergencias y Traslados, más conocida en el territorio como el Servicio de Emergencias Médicas 107 está distribuido en toda la extensión provincial y tiene la misión de velar por el Derecho a la Salud asistiendo urgencias y emergencias en el espacio pre-hospitalario como así también cumpliendo las funciones de traslado de pacientes.” [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/116777/\(subtema\)/114560](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/116777/(subtema)/114560)

⁶¹ Se trata de una donación realizada por el Banco Galicia.

profesional de enfermería (no con personal médico). En caso de no poder dar respuesta solicita el arribo de la ambulancia que sí dispone de personal médico.

El Centro de Salud Nro. 21 se ubica en la intersección de las calles “El Aguaribay” y “Guillermo E. Hudson” del Barrio Cabín 9, separado del resto del municipio por una considerable extensión territorial -se trata de un camino de 3.6 kilómetros que recién fue pavimentado hacia fines del 2017-, sin el establecimiento de redes de transporte público que lo conecten con el resto de los barrios de Pérez⁶². Este barrio, que se desarrolló como extensión de un barrio periférico del municipio Rosario - se encuentra pegado a dicha ciudad- concentra una parte importante de la población total del municipio, posee escasa infraestructura y presenta ciertas dificultades para ser percibido por el resto de los habitantes de Pérez e incluso por los mismos habitantes del barrio, como parte de la ciudad (Bonis et al., 2014). Este CDS ofrece el primer nivel de atención y pertenece a la región 4 - Nodo Rosario del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Permanece abierto de lunes a viernes de 8 a 18 hs aproximadamente con prestaciones cubiertas por la provincia (estos horarios suelen ser puestos en duda por la población usuaria) y de 20 a 23 hs con un “consultorio médico nocturno” que depende del municipio. Este servicio se encuentra disponible todos los días de la semana (“de lunes a lunes”) y lo integran una enfermera, un personal de limpieza, un sereno y un médico sin especialidad.

En relación al personal y a las prestaciones del centro de salud Nro. 21, hay aproximadamente 22 trabajadores/as: una empleada y un empleado de administración y servicios generales (uno/a por turno), cuatro médicos/as generalistas (tres mujeres y un varón), cuatro pediatras (tres mujeres y un varón), tres enfermeros (un varón y dos mujeres), un ecografista, dos psicólogas, una trabajadora social, dos odontólogas, un agente sanitario, y dos trabajadoras/es más que se desempeñan en la parte de farmacia (no son farmacéuticos/as sino que se trata de personal de servicios generales capacitados para esa tarea). Actualmente en el CDS no hay quien ejerza el rol de Coordinación así como tampoco existe, desde la renovación de la gestión provincial a fines de 2019, quien coordine a los CDS de la provincia ubicados en la zona oeste de Rosario. Este CDS tiene como base de referencia al Hospital Del Centenario de la ciudad de Rosario y cuenta con aproximadamente 13.000 historias clínicas familiares. Del volumen total de consultas que reciben, alrededor de un 50% son de pediatría, y otro porcentaje significativo – de acuerdo a lo planteado en una conversación informal con una trabajadora del CDS- de consultas por parte de adultas/os jóvenes (de 20 a 50 años), mayoritariamente de mujeres.

⁶² Excepto con los barrios Terraplén y Jardín, debido a que el recorrido de la línea 145 hacia Soldini implica el paso por los mismos. En realidad la ciudad en su conjunto no cuenta con un sistema de transporte público propio sino que se trata de extensiones del servicio del transporte público de Rosario o de recorridos de líneas de transporte interurbanas, de dependencia provincial.

En cuanto a la atención de la salud mental en el CDS Nro. 21 funcionan con la lógica de los equipos de soporte matricial, en este caso para el abordaje de problemáticas de salud mental en el primer nivel de atención. Esto significa, en palabras del Secretario de Salud que:

PE: (...) cada quince días va a un psicólogo, psiquiatra, y se juntan por ahí con los generalistas, con los médicos y ellos les cuentan de sus pacientes...

E: Ah...

PE: Como que no lo ven directamente ellos a los pacientes, o ven alguno... así, bien seleccionado... pero no, no, no tienen mucho contacto con los pacientes directamente. El equipo matricial, se llama. (Registros de campo, 2019)

Igualmente, más allá de esta metodología, las psicólogas del Centro de Salud trabajan con distintas personas en forma periódica, bajo el formato de terapia/ análisis y se suelen realizar derivaciones (a veces formales y a veces informales) al psiquiatra del CMDS “EL Gurí” y a las psicólogas de este lugar, que suelen tener menos tiempo de espera para otorgar un turno.

Además de estos lugares existen clínicas o institutos de salud que atienden usuarias/os de los subsistemas privado y de seguridad social u obras sociales bajo el formato de consultorios externos, cubriendo distintas especialidades. En 2019 relevamos los siguientes: Centro Médico Los Álamos (referenciado por ser el lugar donde atiende el pediatra Filpipini) , Clínica del Litoral (Instituto Médico Pérez S.A, conocido en general por las y los habitantes de Pérez como “lo de Lungo” haciendo referencia a un médico de la ciudad que trabaja allí y fue uno de los primeros dueños) ; CAP Consultorios, Centro Médico Integral, Consultorios Centro o Belgrano ver (donde atiende “El Doctor Rajmil” que hace Geriátrica, también este lugar es conocido como “de Rajmil”), Giros consultorio Interdisciplinario, Instituto Arco Iris (trabajan especialmente cuestiones de ligadas a la discapacidad), AXIS (Centro con distintas especialidades como Traumatología, Pediatría, Médico Clínico, Psicóloga, Nutrición, Kinesiología y Fisioterapia), además hay consultorios donde atienden uno o dos profesionales (Pediatras, Odontólogas y Odontólogos, Kinesiólogas y Kinesiólogos) prácticamente todos ellos ubicados dentro de la zona centro de la ciudad.

También funciona actualmente un servicio de emergencias médicas de carácter privado que además brinda atención de algunas especialidades en sus consultorios particulares (con descuentos para quienes son socios del servicio) y hace visitas a domicilio no necesariamente vinculadas a situaciones de emergencia.

En cuanto a los dispositivos de orientación y/o asistencia vinculados específicamente al uso de sustancias, en el ámbito público municipal nos encontramos con el CEMAP (2014), al que ya nos referimos anteriormente y un espacio que coordinan entre el CEMAP y el CMDS denominado “Sala de Estar” (2018).

Desde el año 2015 funciona en el Barrio Cabín 9 (aunque se ha ido mudando de espacio físico, actualmente funciona en un espacio municipal de dicho barrio) uno de los Punto de Encuentro Comunitario (PEC) de la SEDRONAR⁶³. Pese a ser un dispositivo de este organismo, es sostenido principalmente por el trabajo prácticamente voluntario de quienes lo integran, que se reconocen como trabajadoras precarizadas de este organismo y son parte de la ONG “Madres Solidarias”.

En la ciudad no encontramos organizaciones e instituciones del ámbito privado que brinden una respuesta “especializada”⁶⁴ para el abordaje de los usos problemáticos de sustancias. Sí, como observamos en nuestra investigación del 2014 y en esta nueva etapa de trabajo de campo, existen en la ciudad organizaciones religiosas (alrededor de quince) de distintos credos -aunque en su mayoría se trata de iglesias evangélicas- que “realizan un *trabajo social* con personas con problemas de adicciones” (Informe Final, Plan estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030”, 2017, p.109)

2.3.1 La cobertura de salud de la población

Diferentes fuentes, como la Encuesta realizada en el año 2014 por el Observatorio Argentino de Drogas en los barrios Cabín 9, Jardín y Terraplén y la encuesta implementada en el año 2017 a personas que asistieron al CMDS “El Guri”, nos permitieron acceder a información relativa a la cobertura de salud de la población en Pérez.

Del total de personas encuestadas en el año 2014 el 60.38% tenía cobertura de salud -este porcentaje incluía el PAMI y el pago de prepagas sea o no a través de la obra social- mientras que el 39.61% de la población encuestada dependía exclusivamente de la cobertura pública.

Estos datos son bastantes similares a los que se publicaron en Censo Nacional de Población del año 2010: a nivel nacional un 63.92% contaba con cobertura más allá de la pública (dentro de ese porcentaje general se incluía obra social con un 46.40%-, prepaga a través de obra social representando el 10.56%,

⁶³ En la publicación del Observatorio Argentino de Drogas- SEDRONAR (2016) afirman que “los PEC son dispositivos de intervención territorial conformados en un espacio de referencia para la comunidad, e integrados por un equipo operativo local comprometido con el abordaje preventivo asistencial del consumo problemático de sustancias psicoactivas. El trabajo conjunto de los PEC a nivel nacional constituye una Red Federal de Puntos de Encuentro Comunitario que permite fortalecer el abordaje territorial centrado en un sujeto de derecho con vistas a mejorar las condiciones de salud social de la comunidad. Los PEC tienen como objetivo principal salir al encuentro del otro en los escenarios donde se desarrolla su vida en comunidad, trascendiendo los límites institucionales y fomentando procesos de inclusión y fortalecimiento del entramado social.”

⁶⁴ La cuestión de la “especialización” en el tratamiento de los consumos, la tensión entre especialización e integralidad, es una de las grandes discusiones en relación a esta problemática. Brain, A., Rosé, L., Videtta, R. y Arra, H., miembros de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM) señalan que “No se necesitan centros especializados en adicciones para recibirlas, lo que se necesita es un compromiso ético para trabajar con las presentaciones clínicas de la época. Debemos darle a la salud pública el rol protagónico que le corresponde ocupar en cualquier proceso de transformación social y cultural”. <https://www.pagina12.com.ar/230852-la-demanda-en-adicciones-entre-la-criminalizacion-y-la-expul> Retomaremos luego discusión.

prepaga sólo por contratación voluntaria con un 5.11% y programas y planes estatales de salud 1.82 %) mientras que un 36.08% contaba exclusivamente con la cobertura pública⁶⁵.

Ahora bien, como se advierte en la publicación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) respecto a la distribución geográfica de la población que cuenta con cobertura de seguros – refiriéndose a la información suministrada por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001 que indicaba un porcentaje con cobertura adicional a la pública del 52% - “se registran provincias con poco más del 30% de población asegurada y otras en las que el porcentaje crece a más del 70%, valores extremos que se ocultan en el 52% promedio para el país” (PNUD, 2011:23) En el caso de la Provincia de Santa Fe la población no cubierta con seguro alcanzaba el 42% de acuerdo al Censo del año 2010.

Las desigualdades no se dan solamente entre provincias. Si desagregamos los porcentajes de la encuesta de 2014 por barrio, es posible observar la distribución desigual que existe entre ellos, en relación a quienes tenían obra social y/o prepaga y quiénes no. De las personas encuestadas en Barrio Jardín, el 33.05% tenían cobertura de salud más allá de la pública y el 66,94% dependía exclusivamente de ella; en Barrio Cabín 9 el 53,98% sí contaba mientras que el 46,01% no; finalmente en el Barrio Centro el 92,59 % tenía cobertura siendo solo el 7.40% que dependía exclusivamente de la pública.

En cuanto al uso de la salud pública por parte de la población, en la encuesta implementada en el año 2017 a personas que asistieron al CMDS “El Gurí que mencionamos anteriormente, le preguntaban a las personas que asistían si contaban o no con algún tipo de cobertura. Un 72 % respondió que no contaba con obra social y un 27 % manifestó que sí tenía obra social; un 1% no respondió.

En el caso de Cabín 9 el informe final de la consultoría realizada por Sgrazzutti mencionaba que del total de consultas recibidas en el año 2007 por el CDS Nro. 21 solo el 31,2 % fueron hechas con cobertura médica y un 68.8% sin ella, un porcentaje similar al que arrojó la encuesta del CMDS “El Gurí”.

2.3.1 El presupuesto destinado a salud: el rol de los gobiernos locales

Antes de analizar concretamente la información a la que pudimos acceder, relativa al presupuesto que el municipio de Pérez destina a cuestiones vinculadas a la salud de su población, hacemos algunas consideraciones sobre la cuestión presupuestaria del sistema de salud argentino. De este modo podremos entender el rol que terminan asumiendo los gobiernos locales y los desafíos que eso implica.

Existen distintos análisis sobre los recursos invertidos para el financiamiento del sector salud en nuestro país. Uno de ellos, la investigación desarrollada por el PNUD (2011) sostiene – en base a las

⁶⁵ Datos obtenidos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 –INDEC- que surgen del cuestionario ampliado, que se aplicó a una parte de la población. Los valores obtenidos son estimaciones de una muestra y por tanto contemplan el llamado “error muestral”. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud. Total del país. Año 2010

estimaciones de la OMS del Global Health Observatory y a los datos de la Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales, Secretaría de Política Económica - que estos no son nada despreciables: en 2008 el gasto total en salud era superior al 10% del PIB, lo que resulta elevado en relación a otros países de la región. Ahora bien, si analizamos su distribución, cerca de la mitad de esos recursos representaban gasto privado directo (4.92% del PBI) es decir que “no se integran al financiamiento de los objetivos de la política de salud ni cumplen funciones redistributivas” (p.38). Por otro lado tenemos los gastos en seguridad social en salud que representaban el 3.09% del PBI (obras sociales y otras instituciones de la seguridad social así como organizaciones privadas sin fines de lucro) y solo el 2.19 % corresponde al sector público.⁶⁶

La publicación realizada por Stutz Dohmen (2017) recupera la información del portal europeo Datos Macro, un ranking mundial en el que se compara el gasto público en muchos países del mundo y nos permite actualizar los datos del 2008. En este caso, se analiza el desenvolvimiento del gasto público destinado a salud en Argentina en el período 2003-2014. Allí se afirma que,

(...) en la escala que analiza el gasto que cada nación destina a la salud respecto de su Producto Bruto Interno (PBI) la posición nacional ha subido. De los 192 países que lo integran, Argentina se ubica en el puesto 131. Si bien tiene casi sesenta países por debajo, la proporción de gasto en sanidad respecto del PBI es baja, ya que entre 2003 y 2014 osciló entre 5,2 y 2,7 %. (Stutz Dohmen, 2019, p.1)

Sin embargo se reconoce que entre el 2003 y el 2014 hubo un incremento realmente significativo de la inversión en salud (superior al 125%), representando en el 2014 un 6,92% del gasto público total.

Una cuestión a considerar, retomando nuevamente el análisis del PNUD (2011) es la desagregación del gasto público entre las jurisdicciones. Considerando el año 2008 se indicaba que el gasto público en salud a nivel nacional era del 0,34% del PBI, a nivel provincial del 1,52% del PBI y a nivel municipal del 0,33 % del PBI.

De estos datos se desprende, tal como señalan en dicho documento y como observamos en el caso de Pérez que los municipios asumen responsabilidades en la provisión de servicios de salud, de hecho “una parte importante de los Centros de Atención Primaria (CAPS) tienen dependencia municipal originando una presencia importante de los gobiernos locales en la prestación de servicios” (p.50). En la ciudad de Pérez, esta responsabilidad del municipio en relación a la salud también se vio reflejada, por ejemplo en las estructuras administrativas, dado que bajo la primera Intendencia de Darío Corsalini (2003-2007) la Dirección de Sanidad Municipal pasó a ser Secretaría de Salud.

⁶⁶ En esta misma publicación se aclara que en general, existe cierta confusión acerca de los alcances del gasto público en salud, ya que a veces se considera la totalidad del gasto en seguridad social como público. En realidad, y más allá del carácter compulsivo de los aportes, solo pertenecen a la órbita de instituciones públicas el PAMI, las Obras Sociales Provinciales y la porción de aportes a las Obras Sociales Nacionales que financian el Fondo Solidario de Redistribución.

En cuanto al Presupuesto General de Recursos y Erogaciones de la ciudad de Pérez, podemos decir, recuperando el análisis realizado en el Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030” (2017) para los recursos corrientes, que alrededor de un 30% de estos ingresos son recursos propios (en su mayoría a través de la Tasa General de Inmuebles y del Derecho de Registro e Inspección) mientras que un 70% provienen de otras jurisdicciones. La mayor parte de ese 70% corresponde a la coparticipación de impuestos nacionales y/o provinciales. En cuanto a las erogaciones el porcentaje más significativo lo constituye las erogaciones vinculadas al personal, con porcentajes que alcanzan el 75% del total.

El presupuesto del Municipio de Pérez para el año 2019 fue de \$ 459.385.091. En relación a la cantidad de habitantes establecida por el Censo del año 2010, este presupuesto total representa \$16742 por habitante, mientras que para el mismo período en la ciudad de Rosario significaba \$25729 por habitante (el presupuesto de 2019 alcanzó los \$24.399.767.000 en esa ciudad). En cuanto a los recursos destinados al sector salud, el monto fijado para el Municipio de Pérez representaba el 5.43 % del presupuesto total 2019⁶⁷, mientras que en la Ciudad de Rosario significó el 23.51% de su presupuesto.

Con el objetivo de tener una idea aproximada del desenvolvimiento de los recursos destinados al sector salud entre los años que iniciamos nuestra investigación en 2014 y esta nueva etapa, accedimos a la información publicada en las ordenanzas municipales para el ejercicio del año 2015 (es el primer año que se encuentra publicado en la Página Web de la ciudad y el último año de la gestión anterior) y del año 2019.

Al comparar la Ordenanza Nro. 2934 que establece el presupuesto general de la administración municipal para el ejercicio del año 2015 con la Nro. 3216 que hace lo mismo para el año 2019 encontramos que en los egresos, el personal del centro asistencial en 2015 representaba el 4.17 % del total del presupuesto y en 2019 representa el 3.48 %. El personal temporario (general, no limitado al centro de salud) en 2015 representaba el 5.91% y en 2019 5.87%. Es importante tener en cuenta que en el año 2017, ocho profesionales que estaban bajo la órbita de la Municipalidad pasaron a ser trabajadores del estado provincial.

En el año 2015 el egreso vinculado a Centros asistenciales en bienes no personales era del 2.6 % del total del presupuesto, mientras que en el 2019 representó el 1.95 % del total. Aparecen mencionados los centros asistencias en plural, dado que hay participación del municipio en el Centro de salud provincial Nro. 21 que funciona en Cabín 9. Específicamente el municipio se hace cargo, como mencionamos anteriormente del personal e insumos para que allí funcione el llamado “consultorio médico nocturno”. También dicho presupuesto involucra los egresos vinculados al SIES dado que el municipio cubre los insumos (combustible, medicamentos, teléfono, etc.) y viáticos correspondientes al personal de dicho sistema.

⁶⁷ No consideramos el rubro de personal temporario, dado que no pudimos desagregar la representación que tiene particularmente el sector salud.

Al analizar el desenvolvimiento de otros ítems de las ordenanzas Nro. 2934 y la Nro. 3216 encontramos que el presupuesto asignado a “Acción social” –que se administra desde la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad, en el año 2015 representaba el 2.27 % del total, y en 2019 representa el 1.69 % del presupuesto, es decir que también disminuyó. De este modo, el monto asignado para “Acción social” aumentó nominalmente el 280%, siendo que el presupuesto lo hizo en un 369%. Repararnos en acción social, ya que contempla también el ítem de “farmacias, honorarios médicos y bioquímicos” entre sus gastos, que otorga a quienes solicitan asistencia a través de decretos.

Esta disminución no se da en todos los rubros, en los servicios no personales de electricidad luz y gas, por ejemplo, el gasto entre 2015 y 2019 se incrementó nominalmente en ocho veces, siendo que el presupuesto general lo hizo en menos de cuatro veces. Esto puede explicarse por el exponencial aumento de dichos servicios a escala nacional.

En las dos ordenanzas se contempla un ítem dentro del rubro “Recursos corrientes de Jurisdicción Municipal -Tributarias del Ejercicio” bajo el nombre de “centro asistencial municipal”. Este monto, que considera los tributos que aportan puntualmente a este destino, significó en el 2015 el 0.16 % del presupuesto total y en el 2019 el 0.05% del total, con un descenso importante.

Por otro lado nos interesa mencionar que a partir de las entrevistas y observaciones realizadas conocimos que el CMDS “El Gurí” realiza con algunas especialidades una suerte de “préstamo de consultorios” a algunos profesionales que cobran por sus consultas a las/os usuarias/os. En general se trata de prestaciones que no se ofrecen desde el CMDS. A su vez hay servicios como los de radiología y ecografía por lo que también se paga un monto. Esto no figura formalmente en ningún lado y tampoco se emiten comprobantes por dichos montos. Retomamos esta cuestión en los próximos apartados.

En relación a los aportes presupuestarios del estado provincial al ámbito de la salud en la ciudad de Pérez, este tiene a cargo la gestión del CDS Nro. 21 y del servicio de emergencias (SIES) que también corre por cuenta del gobierno provincial. En lo que tiene que ver con el CMDS “El Gurí” el aporte más significativo fue el de pasar a la planta provincial a 8 de sus trabajadoras/es en 2017. En ese mismo momento la provincia suministró también un ecógrafo para el CMDS. En cuanto a los insumos corrientes, la provincia suministra medicamentos a la farmacia de dicha institución. No pudimos acceder a dichos montos para estimar el aporte. También se han destinado algunos otros recursos del estado provincial que se vinculan específicamente al abordaje de los usos problemáticos de sustancias. De hecho fue con el Programa Provincial Vínculos en 2014 que se financió el estudio diagnóstico en relación con esta problemática y se puso en funcionamiento el CEMAP. Este programa dependía del Ministerio de Seguridad de la provincia. A mediados del año 2015 el CEMAP dejó de funcionar, por falta de financiamiento, retomando su actividad en el año 2016 con el cambio

de gestión local. Luego, en el marco de la conformación de la Red Provincial de Municipios y Comunas para la Prevención y el Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos de Sustancias y del Plan Abre Vida la provincia, a través de la APRECOD, destinó algunos recursos al municipio de Pérez. Esta localidad integró la red desde fines del 2017 tras la firma del convenio. Dicho estipendio se destinaba a la contratación de personal para el CEMAP y hasta fines de 2019 cubría el pago de la psicóloga de dicho centro que factura a través de monotributo. Desde el cambio de gestión a nivel provincial a fines de 2019, el giro de dinero se ha interrumpido, por lo que luego de forma provisoria el gobierno municipal le realizó a la profesional un contrato, por un monto significativamente menor al que cubría APRECOD (por lo que va menos días y menos tiempo al CEMAP), mientras aguardan –en teoría- que este circuito se restablezca.⁶⁸

En cuanto a los recursos que aporta el estado nacional, lo hace a través de los Programas SUMAR y REMEDIAR. El programa SUMAR (2012), que surge como ampliación del plan NACER (2005) tiene como objetivo brindar cobertura de salud a niños/as, adolescentes, embarazadas, hombres y mujeres hasta 64 años (existieron algunos cambios respecto a quiénes contemplaba, en 2015 se incorporan los varones de 20 a 64 años). Desde el estado nacional se transfiere a las provincias el valor equivalente al 85% del valor de las prestaciones que se realizan a la población contemplada, el 15% restante es cofinanciado por las provincias. Un 60% se ejecuta mensualmente, mientras que el 40% restante se acumula y paga cuatrimestralmente, variando de acuerdo al grado de cumplimiento de los indicadores sanitarios (Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales- SIEMPRO-, 2018). Es decir que son aportes que se realizan al municipio en función de las prestaciones que realiza el CMDS “El Gurí” registradas a través del SICAP. “Por cada consulta y control que se realice, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar sus servicios”, se afirma desde la página de este programa. El monto específico va variando de acuerdo a las prestaciones.

Por otro lado el programa REMEDIAR, que había sido prácticamente desactivado por la gobierno nacional en el año 2017, suministra medicamentos⁶⁹ que se administran desde la farmacia del CMDS. En el año 2020 anunciaron su reactivación alcanzando a 8500 centros de atención primaria en el país y un presupuesto de 6000 millones de pesos.

⁶⁸ En una de las entrevistas realizadas, la referente del Punto de Encuentro Comunitario de Cabín 9, nos comentaba, que aunque aún no se había concretado, las intenciones de las nuevas autoridades de APRECOD era contratarla a ella, dejando de aportar al funcionamiento del CEMAP. Así afirmaba: “los compañeros de APRECOD... eh... establecieron que la vacante... que está... de APRECOD en Pérez... que lo ocupe yo.” (Registros de campo, 2020). En esa misma entrevista nos manifestaba que el intendente de la ciudad están en conocimiento de la situación y le habría solicitado que siga trabajando en Cabín 9, dado que no existe relación (podríamos decir una buena relación) con quienes integran el CEMAP.

⁶⁹ De la mano de la entrega de medicamentos y a lo largo de los años de desarrollo de este programa que se inicia en 2002 se desarrollaron otras acciones complementarias que no detallaremos aquí pero pueden consultarse en <https://www.argentina.gob.ar/salud/remediar>.

En ninguno de los casos (SUMAR y REMEDIAR) pudimos acceder a las cifras estimativas de estos programas para el caso de Pérez⁷⁰ a los fines de dilucidar cuál es el aporte realizado por cada jurisdicción. Como vemos más adelante, las autoridades locales permanentemente afirman que la gran mayoría de los aportes los realiza el estado municipal.

Además como mencionamos ya en otros apartados en Cabín 9 funciona uno de los Puntos de Encuentro Comunitario de SEDRONAR, pero como reconoce una de sus referentes, el aporte para el sostenimiento efectivo del espacio es mínimo⁷¹.

2.4 El Centro Municipal de Salud “El Gurí”

En los próximos apartados nos ocupamos de describir cuestiones básicas de la organización en la que realizamos nuestro estudio de caso. Comenzamos haciendo una breve mención sobre el nombre del CMDS y su historia, luego comentamos cómo es la distribución de los espacios y el modo en que puede accederse a ellos. Detallamos las prestaciones que se brindan en el CMDS y algunas cuestiones referidas a sus trabajadores/as: cuántos son, qué tipos de contratos tienen, si su cargo se encuentra completo en el CMDS o si se reparte entre otros efectores. Mencionamos luego los mecanismos que existen para poder acceder a la atención, es decir si es necesario sacar turnos, si se atiende por orden de llegada, si hay lista de espera, entre otras cuestiones. También comentaremos de qué modo se registran las atenciones en el CMDS, si existen o historias clínicas y quiénes se hacen cargo de estas tareas. Finalmente nos dedicaremos a describir cuáles son las respuestas para el abordaje de los problemas de salud vinculados al uso de sustancias propias del ámbito municipal.

⁷⁰ En el caso del programa REMEDIAR, considerando la cifra estimada total de 6000 millones de pesos para el 2020, distribuida en forma idéntica por los 8500 centros de salud, es posible pensar en un monto cercano a los \$706000 por CDS.

⁷¹ La referente de este espacio nos detallaba los aportes:

“PE: Nosotros trabajábamos con SEDRONAR, pero SEDRONAR lo único que nos aportaba era un fondo estímulo, que... ni siquiera estamos registrados como trabajadores... en el SEDRONAR. Yo nunca...”

E: Claro, eso te iba a preguntar... un poco... la... la dependencia... O sea, o sea como que la muni, tampoco se hacía cargo del espacio, o sea, te prestaba...

PE: No, no, no. No. No.

E: Es como algo por tu cuenta...

PE: La muni nos da el espacio, punto. Nosotros, eh... somos trabajadores de SEDRONAR... pero no estamos recontra... somos precarizados...

E: Bien.

PE: O sea, que todo lo que nosotros hacemos en el barrio... es más por una... predisposición que tenemos que... realmente lo que... lo que somos dependientes. (...) Que reciben ese fondo estímulo... de SEDRONAR somos cuatro...

(..)

E: ¿Y después, al espacio, aportan otras cosas, SEDRONAR, o no?

PE: No.”

(Registros de campo, 2020).

2.4.1 Los orígenes del CMDS “El Gurí”

“PE: Nosotros somos centro de salud Roque Pérez.

E: Aaaaaaah.

PE: El Gurí, es un nombre...

E: Como de fantasía.

PE: Emotivo...”

(Registros de campo, 2019)

En la realización del trabajo de campo iniciado en 2019 tomamos conocimiento de que el “nombre oficial” del Centro Municipal de Salud no era, como siempre habíamos creído⁷² “El Gurí” sino que se llama administrativamente “Roque Pérez”. Así aparece en los registros de la provincia y para toda consulta, inscripción a programas, etc. que quiera hacerse en relación al CMDS debe usarse ese nombre. Una de las trabajadoras del CMDS nos relató parte de la historia del nacimiento de “El Gurí” y luego realizamos una entrevista con dos de las personas que participaron activamente en su fundación.

Los inicios del Gurí se vinculan a un grupo perteneciente a la Parroquia de Pérez que organizados en una Comunidad Eclesiástica de Base decide hacia fines de 1971 crear un dispensario en Pérez. A partir de su militancia en distintas zonas de la ciudad, habían conocido desde los inicios de la década del 60 a varias personas recientemente migradas de la provincia de Chacho que vivían en situaciones de vulnerabilidad social extrema y no tenían acceso (dado que ninguna era pública) a las instituciones de salud que funcionaban en la ciudad, situación que relevaron más detalladamente a partir de un censo en “barrios marginales”, realizado por ellas/os.

Como figura en el libro de actas de esta institución:

Dicho grupo asesorándose en otras localidades donde ya existían, pidió la colaboración a médicos de las instituciones de la ciudad para iniciar así el Dispensario “El Gurí”, nombre que surgió debido a la imperiosa necesidad que los niños de familias carenciadas tenían tanto en el área de prevención como en la de tratamiento (Acta Nro. 1)

Las primeras atenciones, antes de la creación del dispensario se realizaron en lo que hoy es el Barrio Terraplén, en la casa de una de las familias que allí vivía. En 1971 el espacio comienza a funcionar en el Barrio Centro de la ciudad en una vivienda prestada por uno de los fundadores. Allí trabajan ad honorem tres médicos, a los que este grupo había pedido colaboración.

⁷² Quien escribe esta tesis vivió desde su nacimiento hasta los 29 años en la ciudad de Pérez.

Luego de un tiempo de funcionar de este modo y debido al crecimiento significativo de la demanda de atención que no lograba cubrirse con el trabajo voluntario (“nos sentimos totalmente desbordados” nos relataban en una conversación informal parte de las/os fundadoras/es), en el año 1973 este grupo le solicita al municipio a través del Intendente de ese momento que el Dispensario pase a la órbita municipal. Así el 9 de julio de 1973 el Concejo Deliberante con presencia del Intendente crea el Centro de Salud Municipal “El Gurí” y el Departamento de Sanidad y Asistencia Social del cual este dependerá.

Sin embargo hasta el año 1975 el CMDS sigue funcionando en la vivienda prestada por uno de los fundadores. Este grupo de iniciadoras/es un mes después del pase a la órbita municipal crean una Comisión Cooperadora que tiene como objetivo colaborar con el funcionamiento del CMDS, de hecho una de estas personas se hace cargo también ad honorem del trabajo de secretaría, llevando el control de las fichas médicas del CMDS.

En dicho año el CMDS se traslada a un edificio de propiedad municipal, también ubicado en el barrio centro y es en ese momento que a pesar de la disconformidad expresada por la comisión colaboradora se le cambia el nombre a CMSD “Dr. Roque Pérez”.

En el año 2005, con la inauguración del Complejo Multifunción, quedó “disponible” el edificio de lo que había sido la vieja municipalidad de Pérez, dado que la parte de la entonces “Casa de la Cultura” que funcionaba ahí se trasladó al nuevo complejo. Allí comenzó a construirse el edificio actual del CMDS “El Gurí” que se inauguró en el año 2007 también bajo la intendencia de Darío Corsalini - padre del Intendente actual Pablo Corsalini - y la gobernación de Jorge Obeid (bajo esa gestión se financió la obra), destinando el viejo edificio en el que había funcionado a un espacio educativo. Si bien en ese momento el Intendente manifestó que había realizado las gestiones para cambiar oficialmente el nombre y que sea nuevamente “El Gurí”, tal como figura en el cartel de la entrada, dicho cambio no se concretó y “en los papeles” sigue siendo “Dr. Roque Pérez”.

2.4.2 Descripción física y distribución de espacios en el CMDS “El Gurí”

Este lugar se ubica a unos 400 metros del anterior emplazamiento, hacia el lado de la ciudad de Rosario, en el barrio Centro. Se trató de una obra que conectó el edificio del viejo Palacio Municipal -que no fue prácticamente modificado o mejor dicho modernizado- con una construcción nueva. En la parte antigua funciona el sector de kinesiología y ecografía, la oficina de estadística y epidemiología (aunque no se haga este tipo de trabajo allí, sino que se limita a la carga de datos), el consultorio de un médico clínico, la oficina del Director del CMDS y el Secretario de Salud y en una oficina contigua, una mesa de entrada. Dicha mesa de entrada, a diferencia de la ubicada en el nuevo edificio, no es un mostrador abierto y visible, sino que está

detrás de una puerta cerrada sin señalización propia⁷³. Esta parte del edificio sería la identificada como la de la Secretaría de Salud del Municipio, más allá del CMDS, aunque en los hechos los servicios se superpongan.

En la zona posterior de ese edificio se encuentran dos baños (uno abierto y el otro cerrado con llave que sería de uso exclusivo del personal), el sector donde se marca el ingreso y la salida de las/os trabajadoras/es del CMDS, luego la guardia (que es una construcción más nueva) y en la planta alta de la guardia se encuentra el CEMAP. Desde ese patio se puede acceder a la oficina que gestiona los turnos para hospitales en Rosario y a la parte más nueva en la que existen siete consultorios que utilizan las/os profesionales (en este número se incluyen el consultorio del vacunatorio, el de la extraccionista y el de las/os odontólogos que son “fijos”), el sector de farmacia, el de radiología, y allí también funciona otra recepción o mesa de entrada, que en realidad corresponde a “la entrada principal” de CMDS. Ese sector también cuenta con sanitarios. Únicamente aquellos destinados al uso de mujeres disponen de cambiadores para bebés, niñas y niños.

Entre estas dos construcciones - la antigua y la nueva- existe una especie de patio, con partes cubiertas y otras descubiertas desde el que se accede a la guardia, a la oficina de IAPOS⁷⁴ y la de turnos para hospitales en Rosario y la del SIES (que no ofrece atención al público). En ese patio se ubica también el estacionamiento para bicis y permanecen las ambulancias cuando no están en uso.

Hay tres lugares desde los que es posible ingresar al CMDS “El Gurí”. El ingreso principal se encuentra en la parte nueva y da a la calle Rivadavia. Para acceder es necesario subir unos escalones, aunque existe una rampa en la que hay colocados varios carteles que solicitan que no se dejen allí estacionados las bicicletas porque impiden el uso de dicha rampa. En la fachada del edificio se encuentra colocada una placa en homenaje a las/os fundadoras/ es que comenzaron con la salita en el barrio Terraplén y otra con la fecha de inauguración de ese edificio. Allí ni bien uno ingresa se ubica la recepción o mesa de entrada.

⁷³ En la puerta que corresponde a esta mesa de entrada solo figura un cartel con el nombre del primero: Dr. Sebastián Schmidhalter Secretario de salud junto al logo de la nueva gestión PC (que es Pérez Ciudad, y que coinciden con las iniciales del Intendente actual), un cartel de imprenta. Debajo una hoja impresa dice: GOLPEE Y ESPERE SER ATENDIDO/ INGRESOS SOLO PERSONAL AUTORIZADO/ DISCULPE LAS MOLESTIAS y debajo tiene la firma y el sello del Secretario de Salud. No existe en esa zona ningún lugar como para poder sentarse a esperar.

En la puerta de la oficina que comparten el Secretario de Salud con el Director del CMDS hay colocado un cartel de tamaño a 4 impreso en computadora que con tipografía bastante grande y recuadrado a mano con fibrón rojo dice: NO GOLPEAR y tiene un sello y la firma del Secretario. Debajo hay otro cartel también de tamaño a4 con el mensaje: “Sr/a Ciudadano/a: Para poder solicitar hablar con la dirección y coordinación debe anunciarse por mesa de entrada. (Oficina siguiente) Saludos atte.” Encima de esa hoja se encuentra como superpuesta una más pequeña que contiene una flecha que señala hacia el lado de la oficina contigua. Es de ese modo que se señala la mesa de entrada.

⁷⁴ Es la oficina en que realizan distintos trámites las/os afiliados/as a IAPOS (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social), la obra social de las/os empleadas/os públicas/os de la provincia de Santa Fe, que actualmente cuenta con más de 550.000 afiliadas/os.

Sobre la ruta 33, existen otros dos posibles ingresos. Uno por el portón que se encuentra abierto durante el día (hasta las 18 hs) y da acceso a esa especie de patio que mencionamos. Es la entrada más próxima para ir a la oficina de atención en IAPOS, a la Guardia, al CEMAP, a la oficina del SIES, a la oficina que gestiona los turnos para hospitales y al Vacunatorio. Está identificado con cartel que, a diferencia de la mayoría que hemos encontrado a lo largo de las distintas puertas está hecho por una imprenta y dice “GUARDIA DE URGENCIAS”. Allí también se ubica el timbre con el que se solicita, en el horario nocturno, la apertura del portón.

El otro ingreso, era el que se usaba para entrar a la Municipalidad cuando funcionaba allí (de hecho conserva un cartel grande que dice “Municipalidad de Pérez”). Lo primero que encontramos es el espacio de kinesiología, luego pasando una puerta de madera se accede a un pasillo que tiene diferentes puertas. Detrás de la primera está la mesa de entrada que mencionamos antes, que se ocupa de administrar las citas con el Director del Centro de Salud o con el Secretario de Salud, de la parte de ecografía y kinesiología, de gestionar los turnos de un médico en particular y de la entrega de informes de los estudios de allí se realizan. Luego está la puerta de la oficina que comparten el Director del Centro de Salud y el Secretario de Salud. Estas dos oficinas se encuentran comunicadas internamente con una puerta.

En ese pasillo está también la oficina de Estadística y Epidemiología, que aunque señalizada de ese modo no funciona como tal. En realidad allí solo se realizan las cargas de las atenciones en el SICAP y también entrega de leche, pero en lo que tiene que ver con un trabajo epidemiológico y/o estadístico “solo tiene el cartel” (conversación informal con una empleada administrativa). Esta tarea no se realiza desde el municipio de Pérez.

El final del pasillo conduce a una zona en la que se encuentran los baños del edificio más antiguo.

Como mencionamos anteriormente, también es el lugar en el que se encuentra el aparato para registrar el ingreso y la salida del personal de CMDS la escalera desde la que se accede al CEMAP y una puerta que se comunica con el patio.

En el edificio nuevo hay unos pequeños patios que si bien están como en desuso y con aspecto un tanto abandonado permiten el ingreso de luz solar, siendo que en la parte antigua la mayoría de los espacios no tienen ni un mínimo ingreso de luz natural. El CEMAP se ubica en la planta alta del edificio más antiguo, arriba del espacio de la guardia. Desde cualquiera de las tres entradas que mencionamos es posible acceder, pero el modo más directo es a través del portón. Hay una puerta en la escalera, que permanece abierta cuando el CEMAP lo está y que en su cara interna tiene un Cartel como plástico en el que está escrito a mano el nombre anterior Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Adicciones (CEMAPA). Este fue reemplazado por consumos problemáticos y cambiadas las siglas por la actual: CEMAP.

El CEMAP cuenta con 3 espacios que se ubican alrededor de un pequeño lugar como de espera que tiene dos sillas para poder sentarse. Una de los espacios es una oficina pequeña donde se encuentra la Coordinadora del CEMAP, pero es también donde desarrolla parte de sus tareas la trabajadora social del centro de salud, la psicóloga que integra el CEMAP a través de APRECOD y donde se realizan las entrevistas. Esa misma oficina tiene una puerta que se conecta con el otro espacio, en el que está funcionando la “Sala de estar”. Igualmente la sala tiene también una puerta que permite el acceso independiente de esa otra oficina. Finalmente queda otro salón que no es de uso exclusivo del CEMAP, si bien suelen consultarle a la coordinación de este espacio antes de prestárselo a otras personas o instituciones.

2.4.3 Las prestaciones y el personal del CMDS “El Gurí”

El CMDS fue caracterizado por una de las personas entrevistadas como un centro de APS “ampliado” ya que ofrece algunas prestaciones, como la guardia 24 hs y una variedad de especialidades que no suelen disponerse en el resto de los centros de salud de APS. Las prestaciones del CEMAP y las del CMDS vinculadas al abordaje de situaciones de consumos de sustancias se desarrollan en los próximos apartados.

En el CMDS, coordinado por un Director y por el propio Secretario de Salud, cuenta con atención de clínica médica (existen tres cargos de médicos clínicos, uno de ellos es en realidad gastroenterólogo pero trabaja como clínico), pediatría (existen cuatro profesionales que practican esta especialidad, tres son pediatras – dos mujeres y un varón- y uno es un médico generalista pero que hace pediatría), traumatología (existen dos cargos que los ocupan dos traumatólogos varones-, psicología (hay cuatro psicólogas, una se dedica exclusivamente a casos vinculados a violencia de género y un psicólogo social), psicopedagogía (un cargo que ocupa una mujer), psiquiatría (un cargo que ocupa un varón), fonoaudiología (un cargo que ocupa una mujer), oftalmología (una mujer “externa”), radiología (existen tres cargos, dos ocupados por mujeres y un varón), ecografía (existen dos cargos que lo ocupan varones), kinesiología (con dos cargos ocupados por varones), ginecología (un cargo municipal ocupado por un varón y una “externa”, obstetricia (un cargo ocupado por un varón), cardiología (dos varones “externos”), urología (un varón “externo”), nutrición (un cargo ocupado por una mujer), odontología (dos cargos ocupados por una mujer y un varón), farmacia (con un cargo de farmacéutica que lo ocupa una mujer y dos empleadas administrativas), vacunatorio (donde trabajan dos enfermeras y un empleado administrativa) y de lo que sería bioquímica, se hacen solamente extracciones y se reciben otras muestras que se envían para análisis al Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario -CEMAR- (a cargo de una extraccionista).

El centro de salud cuenta con una trabajadora social y con una técnica en familia. Desde mayo del 2020 la trabajadora social asumió el cargo de Coordinadora del Equipo de Salud Mental. También son parte de este

equipo tres acompañantes terapéuticos que si bien dependen de provincia, toman algunas situaciones del CMDS y “hacen base allí”.

Una parte del personal administrativo no fue mencionada específicamente en el detalle de las prestaciones enumeradas anteriormente y sin embargo tienen un rol fundamental en el acceso efectivo a ellas. Entre las tres mesas de entrada o recepciones referidas en la descripción trabajan seis empleadas/os administrativas/os, son cinco mujeres y un varón. A su vez, las empleadas que trabajan en la mesa de entrada correspondiente a la Secretaría de Salud son las mismas que realizan la carga de las atenciones en SICAP. Dos de las tres personas que realizan la admisión “triage”⁷⁵ en la guardia los días de semana, son auxiliares enfermería.

Además de estas/os trabajadores/as el CMDS cuenta con personal de limpieza y mantenimiento, indispensables para su funcionamiento. También trabajan en el CMDS cuatro varones que se desempeñan como serenos. Estos se van rotando y están las 24 hs del día ubicados en la zona del portón que da ingreso a la parte de la guardia. A este personal se suman las/os dos adicionales de policía que trabajan de jueves a domingo y los feriados en la recepción de la guardia del CMDS.

Como señalamos en apartados anteriores, algunas de las especialidades mencionadas no son gratuitas para las/os usuarios/as. Se trata de especialidades a cargo de profesionales que son externos al CMDS (no tienen vínculo laboral) y a los que el CMDS les “presta” los consultorios. En el 2019 las/os usuarias/os abonaban \$200 la consulta (aunque existían reclamos de algunos de estos profesionales de que ese monto debía actualizarse, si no era probable de dejaran de atender). Las especialidades que funcionan de este modo son: urología, cardiología, oftalmología, ginecología. En el caso de ginecología un profesional es personal de planta del centro por lo que atiende sin cobrar y otra que es “externa” cobra la consulta. Por los servicios de radiología y ecografía también se cobra. Las radiografías dependiendo de la zona del cuerpo que se trate se cobraban en 2019 \$50 o \$100 pesos cada una.

Estas especialidades por las que se paga tienen contemplado (esa sería la contraprestación de parte de las/os profesionales hacia el CMDS) dos consultas gratuitas por jornadas de atención para aquellas personas “que no pueden pagar” y son fundamentalmente las empleadas administrativas quienes las van distribuyendo, pero quienes las autorizan y están “formalmente a cargo de eso” son la trabajadora social del CMDS, el Director del CMDS, la técnica en familia o el Secretario de Salud. Siempre la persona debe decir que no tiene cómo para pagarlo, es decir no se ofrece esta opción salvo en casos excepcionales. Retomamos este tema en los próximos capítulos.

⁷⁵ El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Esto permite una gestión del riesgo clínico para optimizar la atención y la seguridad de las personas. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2020. p. 1)

El vacunatorio tiene algunos horarios de funcionamiento fijos en el Gurí y durante ciertas horas de algunos días de la semana (de algunas semanas) recorre los distintos barrios de la ciudad. También existe un mini equipo que realiza campañas de difusión y testeos de VIH. Desde el 2019 se empezó a conformar un equipo de salud sexual integral, a raíz de las dificultades para la implementación de la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) en el CMDS, que lo integran las mismas personas que trabajan en otras áreas del CMDS.

Como parte de las actividades del CMDS y de la Secretaría de Salud (que en los hechos funcionan como si fueran lo mismo) se realizan lo que el Secretario denomina como “tareas de campo”: “vamos con un móvil con ambulancia y realizamos vacunación, testeos de diabetes, presión arterial y HIV, donde también se lleva al personal que trabaja con adicciones⁷⁶. Esto se realiza en los barrios periféricos” (Declaraciones del Secretario de salud en una nota de La Región, Provincia de Santa Fe, 2017).

La guardia como dijimos funciona durante las 24 hs cuenta con médicas y médicos sin especialidad que cumplen turnos de 24 hs y enfermeras y enfermeros (cada uno/a cumple 132 hs mensuales distribuyendo las horas entre ellas/os). En cada turno se cuenta con dos médicas/os y un/a enfermero/a, y una persona que se dedica a la limpieza. No se dispone de guardia pediátrica ni de salud mental. En la guardia existe una sala de recuperación transitoria hasta gestionar y conseguir una cama en nosocomio o compensar a las/os pacientes hasta su retiro.

Al igual que el CDS Nro. 21 el CMDS “El Gurí” tiene como base de referencia al Hospital Del Centenario de la ciudad de Rosario. Por lo que las derivaciones se realizan hacia ese efector, aunque en algunos casos se han conseguido mediante algunas gestiones de la Secretaría de Salud derivar al Hospital Escuela Eva Perón.

Existe también una oficina que se ocupa de gestionar los turnos para la atención en los hospitales de Rosario de las especialidades o prestaciones que no brinda el CMDS. En algunos casos, cuando hay dificultades para que las personas puedan llegar hasta el efector en Rosario puede existir la posibilidad de combinar con la movilidad que tiene la Secretaria de Desarrollo Social (SDSTEyD) para hacer el traslado.

Las prestaciones en general del CMDS tienen disponibilidades distintas en cuanto a días y horarios. A alguna de ellas puede accederse (al menos formalmente) en el horario completo en que permanece abierto el centro, mientras que otras tienen días y horarios acotados.

⁷⁶ Es importante mencionar que al consultar puntualmente sobre estas actividades a quienes integran el CEMAP nos relataban que si bien se han realizado en varias oportunidades este tipo de tareas, ellas que son las que abordan cuestiones ligadas a consumos solo han participado una o dos veces, por falta de personal.

2.4.4 Vínculos contractuales del personal del CMDS y el CEMAP

Aproximadamente son noventa las personas⁷⁷ que prestan sus servicios en ese lugar, con diferentes vínculos contractuales: ocho personas son empleadas de la provincia (psiquiatra, tres psicólogas, fonoaudióloga, radiólogo, ecografista, psicopedagoga, alrededor de setenta de la municipalidad – sea como parte de la planta municipal o como monotributistas que le facturan al municipio, en palabras del Secretario de Salud existe un “mix” entre los dos tipos de contrataciones, sin embargo por la información que fuimos recabando son mayoritariamente de planta⁷⁸, y además cinco personas, como mencionamos anteriormente, son profesionales a las/os que el Gurí les realiza como una especie de préstamo de consultorios y quienes necesitan atenderse con ellas pagan la consulta. Estos últimos en realidad no se los considerada trabajadores del Gurí. Incluidos en ese número general está también el personal policial que cobra estos servicios como adicionales a la Municipalidad.

De las personas que dependen de la provincia, seis de ellas hasta el año 2017 facturaban al municipio como monotributistas y otras dos fueron incorporadas en ese momento al CMDS. Dentro de estas ocho personas solo dos -dos de las tres psicólogas- tienen formalmente sus horas completas en el Gurí y el resto las dividen entre en el Gurí y otros efectores. Decimos formalmente porque efectivamente solo una de esas dos personas destina las horas completas en el CMDS mientras que la otra presta sus servicios en otra área a la que destina la mayor parte de su tiempo de trabajo.

El personal que depende de provincia tiene una carga horaria total semanal de 24 hs. En el caso destinan la mitad del tiempo de trabajo al CMDS esto representa 12 hs semanales. En cambio, quienes son personal del municipio deben cumplir 30 hs semanales.

La provincia también participa dentro del Dispositivo “Sala de Estar” a través de uno de sus programas denominado “Tocadiscos”. El CMDS a su vez funciona como una especie de base para las/os acompañantes terapéuticos que dependen de provincia y se los considera como parte del equipo de salud mental.

En relación al CEMAP nos interesa mencionar que solo una de las personas, que realiza tareas administrativas es personal de la planta municipal. La coordinadora y la psicóloga de dicho espacio facturan como monotributistas. Los honorarios de la primera siempre fueron cubiertos por el municipio, mientras que los de la segunda solo desde el año 2020 (con un monto menor), dado que hasta ese momento, era la APRECOD quien lo cubría mediante un convenio con el municipio. Recordamos que “oficialmente” el CEMAP pertenece a la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad (SDSTeYD)

⁷⁷ Decimos aproximadamente porque no fue posible obtener un número exacto. Aclaramos que allí también se incluye el personal que presta sus servicios en el consultorio médico nocturno de Cabín 9.

⁷⁸ Tampoco logramos conocer con exactitud esta información, pero por la que recabar la mayoría son empleados de planta municipal, son una minoría las y los contratadas/os.

2.4.5 Mecanismos para acceder a la atención

El acceso a las prestaciones se da en algunos casos por orden de llegada (radiología, laboratorio, oftalmología, odontología, vacunatorio, extraccionismo), a través de un turno gestionado previamente o una combinación de ambas; es decir que se intercalan turnos con atención a consultas espontáneas o “sobre turnos”. En el caso de psicología, las profesionales denominan a estos casos como de atención a la demanda espontánea, pero solo aplica a las situaciones consideradas “críticas”, que no pueden esperar el tiempo que puede demorar en conseguir un turno.

Las disponibilidades de los distintos servicios son bastante variadas en cuanto a la cantidad de días, horas y distribución horaria (momentos del día - mañana- mediodía- tarde) en que se brindan, lo que suele depender de si el profesional es personal del Gurí (sea a través de la municipalidad o la provincia y en este último caso de las horas destinadas al CMDS) o externo, de la cantidad de personal destinado a las distintas prestaciones y de cuestiones de organización o acuerdos del propio personal (lo analizamos más adelante).

En términos generales podemos decir que los turnos formalmente se tramitan únicamente de modo presencial con el DNI (el requisito del DNI como obligatorio es algo que se incorporó en los últimos años) en las dos mesas de entrada que como mencionamos, se ubican una en parte en la antigua y otra en la parte más nueva del CMDS. Decimos formalmente ya que en muchos casos, si se trata de personas “conocidas” por quienes trabajaban en la mesa de entrada principal se suelen entregar turnos telefónicamente.

En la mesa de entrada de la parte antigua registran los turnos dados en el Sistema de Atención Primaria (SICAP) que nuclea a todos los CDS de la provincia, mientras que en la mesa de entrada principal no existen computadoras disponibles (ni son “demandadas ni deseadas” por el personal administrativo, cuestión que retomamos después). Todo se anota en papel (en algunos casos son planillas y en otros – como el pedido de turnos para psicología – en diferentes tipos hojas). Otra cuestión a tener en cuenta es que quienes atienden en una u otra mesa de entrada no tienen mucha relación entre sí ni suelen informar sobre los servicios o condiciones de acceso de las prestaciones que gestiona la otra mesa de entrada. En algunos casos no comprenden la metodología para dar los turnos del otro espacio. Las empleadas administrativas se refieren al otro lugar como “allá”, “allá adelante” “allá atrás” “por la ruta”, “por Rivadavia” dependiendo desde qué mesa de entrada se enuncie. Cuentan con números de teléfono distintos y no pueden derivarse llamados entre sí. Existen formalmente dos excepciones a esta manera presencial de conseguir un turno: quienes viven en Cabín 9 y en localidades aledañas. Las personas que residen en Cabín 9 pueden sacarlo telefónicamente (no suelen tener inconveniente desde el CMDS para otorgarlos si la especialidad o consulta no se brinda en el CSD Nro. 21)

y si llegan hasta el servicio sin el DNI también les suelen dar los turnos. Siempre les aclaran que si son de ese barrio sea lo primero que digan al llamar para que no les digan que no se otorgan turnos por teléfono.

En el caso de las personas que viven en localidades aledañas para el acceso a turnos en general se les solicita que sean tramitados a través del SAMCo (Zavalla) o Dispensario Comunal (Soldini) de sus localidades respectivas. En este caso también y de modo más rígido que en Cabín 9 (existiendo siempre distintas excepciones) solamente les permiten sacar turnos cuando dichas especialidades no son brindadas en sus efectores de salud. Estas personas también hacen uso de la guardia médica pero no les entregan medicamentos en caso de necesitarlos y contar con ellos en el CMDS. El mensaje que les dan quienes están en la recepción que la entrega solo puede hacerse a quienes tienen el domicilio en Pérez (también existen excepciones).

A su vez los mecanismos de acceso a turnos, más allá de que comparten la modalidad presencial y el requisito del DNI también varían entre las dos mesas de entrada y al interior de una de ellas. En el caso de la mesa de entrada del edificio antiguo que da turnos para ecografía, kinesiología y un médico clínico, las personas se acercan para sacar un turno y lo pueden gestionar en el momento de 7 a 18 hs (más allá de la demora que pueda existir desde el día que se solicita hasta que se asiste a la prestación). En la otra mesa de entrada, la que concentra gran parte de los turnos, si bien en una conversación con una de las empleadas administrativas nos decía que “de siete a dieciocho cualquier persona viene acá y saca turno con documento” (Registros de campo, 2019) no suele funcionar así en la mayoría los casos.

En la pared perpendicular a la del escritorio de la recepción o administración están los carteles hechos en computadora con los nombres de las/os profesionales que trabajan allí y de las especialidades, pero dicha información no se encuentra actualizada. Solo en el caso de las psicólogas tienen la aclaración de los días y horarios y un texto que dice: “con derivación previa y lista de espera”.

La forma de organización de los turnos suele ser principalmente semanal (se saca un turno de una semana para la otra, para ser más específicos desde un día puntual de dicha semana), y solo mensual para el caso de los clínicos a excepción del que atiende “por la ruta” y se tramita en otra mesa de entrada (el caso de los turnos para psicología y psiquiatría los explicamos más adelante).

Una de las empleadas administrativas nos explicaba la organización para algunos tipos de especialidades⁷⁹:

E: los turnos así como que los van organizando por semana? Para toda las esp...

PE: Depende... No, no...

E: cómo es?

⁷⁹ E: entrevistadora; PE: personal administrativo que comenta sobre los mecanismos para acceder a un turno.

PE: Por ejemplo el médico traumatólogo, los lunes a las dos de la tarde cuando él viene me asegura cómo trabaja la semana siguiente. Entonces yo doy. Él trabaja lunes, martes, miércoles y jueves.

E: Esa misma semana?, o para la otra?

PE: Yo ese lunes doy para la otra

E: Aaah... para la otra. Eso el traumatólogo?

PE: Ese lunes sale planilla para la otra. Los médicos clínicos se dan a fin de mes, para todo el mes siguiente...

E: Eso que le decías a la otra señora, que venga el 27?

PE: Claro... Se abren las planillas el 27 para todo el mes. El ginecólogo, se maneja también... de la forma... eh... cuando el viene... se abre planilla para la semana siguiente, por ejemplo, el viene los miércoles a las 17:30, y los viernes a las 11... Cuando viene el miércoles... los dos tenemos seguridad que el otro miércoles viene... yo doy el miércoles para el otro miércoles... y mi compañera da... el viernes para el otro viernes, y así se va haciendo...

E: Ajá.

PE: Se hace una cadena.

E: O sea, médico por médico se ve?

PE: Si... No son todas las cosas... no se manejan de la misma manera...

E: Claro.

PE: Ehh... acá... por ejemplo, no tenemos urólogo... del Gurí, perteneciente al Gurí, no hay urólogo, no hay cardiólogo, eh... no hay... oftalmólogo... Entonces ellos se manejan todos distintos... yo el cardiólogo viene... hoy por ejemplo vino, el martes, y me dijo 'Bueno, abrí para el martes siguiente... que vengo'... Porque a veces viene, y a veces no. (...) el urólogo viene una vez cada quince días, el cardiólogo viene todas las semanas.

(...)

PE: Obstetricia también semana a semana damos... Por qué? Porque antes dábamos más estirado...

Pero con obstetricia no sirve... Porque... qué pasa?

E: Claro,

PE: La gente viene... Nos ha pasado que un martes a las doce del mediodía... nosotros ya teníamos todo dado para... dos martes más... y... 'tengo un parto'... chau... y no puede venir... entonces vos....

E: Aaaaaah.

PE: Toda esa gente de ese martes la tenés que tirar veinti y pico de días después.... (Registros de campo, 2019)

Explicándole el modo de funcionamiento a una persona que venía a solicitar una consulta con un médico o una médica clínica la empleada administrativa le decía: “se dan mensual porque esto no es de urgencia, esto es consultorio... la unidad de urgencia es la guardia...” (Registros de campo, 2019)

Como el día que se abren las planillas se forman filas de personas esperando, les suelen recomendar que vayan lo más temprano posible.

En nuestro trabajo de campo observamos que si una persona necesita gestionar varios turnos o incluso uno solo es muy probable que deba ir varias veces al CMDS asistencial para acceder a ellos. A su vez hay casos en que a quienes se acercaban a pedir un turno, se lo ofrecían para esa misma semana, pero si la persona no podía y pedía para la otra semana, también tenía que volver a ir otro día de esa misma semana a solicitarlo:

PA⁸⁰: El jueves podés venir?

P: Eh... este jueves?

PA: si...

P: no... yo prefiero si me das la semana que viene.

PA: No, para la semana que viene tenés que venir eh... jueves o viernes... ahí se abre...

P: Aaaah-

PA: Todavía no abrimos nada... (Registros de campo, 2019)

Para acceder a turnos de servicios que solo se brindan en los hospitales ubicados en la ciudad de Rosario, es preciso tramitarlos en la oficina que los gestiona. Esta funciona de lunes a viernes de 7 a 12 hs en el CMDS. Para poder gestionar un turno es necesario contar con una orden de un/a profesional y que la prestación por la que se quiere gestionar el turno no se preste en los centros de atención primaria. Igualmente una de las personas que se desempeña como administrativa en la recepción, suele ocuparse de la gestión para bebés y niñas/os especialmente en el Hospital de Niños Zona Norte (también en el Hospital de Niños "Víctor J. Vilela") porque tiene contactos en esos lugares y logra la gestión de modo telefónico, siendo que el canal formal es el envío de correos pero de ese modo suelen demorar muchísimo más tiempo en obtenerlos. Quienes asisten para sacar un turno, dejan un teléfono de contacto y cuando el turno se consiguen les avisan por teléfono y deben acercarse nuevamente a retirar el papel con el turno.

En relación al acceso a la atención en la guardia de 24 hs, existen diferencias en cuanto a la organización entre “el día y la noche” y entre días de la semana. Desde las 7 de la mañana y hasta las 18 hs de lunes a viernes el portón que permite el acceso más directo permanece abierto. Desde las 18 hs hasta las 7 de la mañana todos los días y los fines de semana durante el día completo se encuentra cerrado y para pasar debe

⁸⁰ PA: refiera al personal administrativo y P: a una usuaria del CMDS.

tocarse el timbre que es respondido por el sereno o portero (recordemos que son 4 personas que rotan en ese rol).

Una vez adentro del espacio destinado a la recepción y sala de espera de la guardia también es distinto quién recibe a las personas dependiendo de los horarios y los días. De lunes a viernes de 8 a 22 hs aproximadamente (decimos así porque ha variado a lo largo del tiempo) como señalaba el Secretario de Salud se está intentando implementar la estrategia de admisión triage. Esta tarea la desarrollan dos auxiliares de enfermería, uno por cada turno de 8 a 18 hs y de 18 a 22 hs “en forma temporal” una de las empleadas administrativas que trabaja en la mesa de entrada principal de 12 a 18 hs. En relación a la formación profesional de esta última persona, el Secretario de Salud nos comentaba que no es una profesional de la salud pero que “tiene su...su preparación digámosle... medio casera, se la damos nosotros, pero bueno...” (Registros de campo, 2019).

Este puesto de recepción también se había implementado en principio los fines de semana, pero luego se suspendió por razones presupuestarias, según explicaciones de las personas entrevistadas. Ahora bien, desde noviembre de 2018 de jueves a domingo (y también los feriados) de 20 a - formalmente- 7 de la mañana se incorporó en la recepción de la guardia de forma permanente personal policial que – si bien en teoría solo están para garantizar la seguridad de las/os profesionales de la salud- ofician de receptionistas (piden el documento, preguntan por qué razón se solicita atención y avisan a las/os médicos y/o enfermeros). Se trata de una policía y un policía (hay uno por noche y se van rotando a lo largo de los días) que ocupan el lugar de la recepción en la sala de espera de la guardia. Sobre el aviso a las/os profesionales de la salud, en realidad estas personas suelen enterarse de que hay una consulta a partir de escuchar el sonido del timbre que suena muy fuerte. Pero igualmente el personal policial les avisa a través de una ventanita. Si por alguna razón dicho personal no les avisa luego de que suena el timbre las/os profesionales suelen salir a consultar qué sucedió, es decir a ver por qué no los llamaron.

Desde aproximadamente las 7 de la mañana hasta las 20 hs, los sábados y domingos el lugar de la recepción queda vacío y son las/os profesionales quienes salen a la sala de espera a ver quién solicita atención luego de escuchar el timbre y la posterior apertura del portón por parte del sereno.

La trabajadora social (que se incorporó en ese puesto del CMDS en febrero de 2018) y la técnica en familia (trabaja desde hace años en el CMDS), cumplen sus horas en CMDS (30 hs semanales, la primera en general de 8 a 14 hs con horarios más flexibles, la otra de 7 a 13 hs) o en la realización de visitas domiciliarias dentro de dicho horario, pero no tienen un sistema de turnos fijos a través de las recepciones, sino que van acordando directamente con las personas que quieren verlas y/o con los profesionales que demandan su participación en alguna situación. La oficina de la técnica en familia se encuentra al lado de la recepción

principal y la trabajadora social no cuenta con oficina propia sino que, como dijimos anteriormente, comparte el espacio con las integrantes del CEMAP. Quienes quieren contactarla suelen subir al primer piso y hablar con una persona que realiza tareas administrativas en el CEMAP o con ella directamente si se encuentra.

Nos detenemos finalmente en el acceso a las prestaciones ligadas a la salud mental, específicamente a la psicología y psiquiatría. En el caso de psiquiatría si bien en la mayoría de los casos las personas no consultan directamente sino que son derivaciones de otras y otros profesionales de la salud, es posible pedir un turno directamente en la mesa de entrada.

En el caso de atención de psicología cuando una persona solicita por su cuenta el turno lo hace por mesa de entrada. Quienes trabajan allí le piden los datos que se anotan en distintos papelitos (en teoría solo el nombre y apellido y el teléfono, pero se le suele preguntar otras cosas aunque no se registren por escrito - cuestión que retomamos después-) y eso se deja en una carpeta. Una vez por semana, los días miércoles algunas psicólogas se reúnen con esos papeles, se contactan y van llamando a entrevistas. Como mencionamos anteriormente una de las cuatro psicólogas del CMDS, se dedica exclusivamente a casos vinculados a violencia de género que suelen llegar derivados de la Secretaria de Desarrollo Social (SDSTeyD). Como señala una de las profesionales ellas “dan el turno, llega la persona, hace la entrevista de admisión, y determinan, si es un caso eh... que hay que darle prioridad... o es un caso que pueda esperar... o se... maneja un turno... Para comenzar la terapia.” (Registros de campo, 2019). A su vez son priorizadas las derivaciones que surjan de otras y otros profesionales del CMDS e incluso de otras áreas de la Municipalidad, especialmente la Secretaria de Desarrollo Social (SDSTEyD). También, las profesionales se “reservan” algunos horarios sin consultas para atender a la “demanda espontánea ante crisis subjetivas”.

2.4.6 Registro de las atenciones: el SICAP y las historias clínicas

Hasta el año 2018 la única especialidad que hacía historias clínicas – no familiares sino individuales- en el CMDS era pediatría. Recién en ese momento, cuando ya habían transcurrido prácticamente dos años de la asunción del actual Secretario de Salud en 2016, comenzaron a implementar este tipo de registro - y no de forma sistemática- en la parte de salud mental (acotado a psicología y psiquiatría). Señalaba el Secretario de Salud en la entrevista:

PE: Sí, los pediatras sí.

E: Ah.

PE: Del resto, nadie.

E: Y la provincia no, no ped... no pide información de eso?

PE: Y no, porque este centro es... municipal...

E: Ah... bien. Pero hay un área de epidemiología, no?

PE: Acá, sí. Nosotros sí tenemos...

E: Ah...

PE: Tenemos el área de estadística acá, que es donde registramos todo... pero igual, de todas maneras, lo único que tienen historia clínica son los pediatras. Si? Nosotros a través de la entrada de salud mental, empezamos a hacer la historia clínica... de los pacientes que ingresaban en salud mental [....]

E: Eso esta inf... es informatizado, o es papel?

PE: Papel, porque no tenemos compus para todos todavía. El día de mañana estaría bueno... como hacen los efectores de la provincia que cada consultorio tenga su compu y lo vaya cargando directamente y ya está...

E: O sea, ustedes, papel y lo pasan? o...

PE: Papel, se pasa, pero no se pasa la historia clínica, se pasan los datos de la atención, que es eso lo que le va a la SICAP...

E: Ah... Claro.

PE: Pero lo que es historia clínica no, no se pasa... Que estaría buenísimo, entiendo. Yo he trabajado consultorios que vos... te llega un paciente, abrís la historia clínica y te salen todas las atenciones, y vos ya sabés quién lo vio... Está fantástico, pero bueno acá estamos un poco lejos acá todavía... Pero el objetivo está. (Registros de campo, 2019)

En cuanto al resto de las prestaciones, como señala una de las empleadas administrativas:

PE: [...] acá... nos manejamos a la antigua...

E: A la antigua...

PE: Claro... Cada médico tiene su ficherito...

E: Ah, un fichero...

PE: Pero, la idea ahora... es ... eh... se empezó a trabajar ya...

E: Para que esté...

PE: Historia clínica en general... (Registros de campo, 2019).

Desde el 2019, una empleada administrativa comenzó a ocuparse de que las historias clínicas de las especialidades que están haciendo se mantengan al día y ordenadas, tarea de la que suelen “renegar” bastante algunas/os profesionales que no estaban acostumbrados dado que sienten que es “doble trabajo”.

El resto de las prestaciones se registran en planillas de papel y las empleadas administrativas de la oficina de estadística y epidemiología (o de la mesa de entradas dado que están en los dos lugares) las pasan al SICAP. En el caso de lo que es del CEMAP y de la trabajadora social (hoy coordinadora del equipo de salud

mental) es pasado por la empleada administrativa del propio CEMAP. Recordamos que en ningún caso hay un análisis estadístico de esa información. Igualmente, más allá de los datos que se pasan al SICAP, desde el CEMAP se lleva una planilla digital en la que se resumen las situaciones abordadas. Contiene la siguiente información: Apellido y Nombre, Fecha de nacimiento, DNI, Fecha de la primera entrevista, Motivo de consulta, Intervenciones realizadas, y Estado actual. Pero la mayor parte de la información de los asesoramientos realizados por el CEMAP está en dos carpetas – no digitalizadas- que contienen fundamentalmente informes de primeras entrevistas y otras intervenciones en relación a las situaciones que reciben. En el mes de agosto de 2020 definieron unir las situaciones del CEMAP a las historias clínicas “unificadas” que empezaron a realizarse desde el CMDS.

2.5 Abordajes de los consumos problemáticos de sustancias en el ámbito municipal

2.5.1 Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CEMAP)⁸¹

Como ya mencionamos, en el año 2014, mediante el financiamiento del Programa Provincial para la Prevención Social de Delito y la Violencia en Gobiernos Locales, se realiza el estudio sobre consumos problemáticos en la Ciudad de Pérez y comienza a funcionar el entonces Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención de Adicciones “Desde el Pie”, que desde el 2016 cambia su nombre a Centro Municipal de Asesoramiento y Prevención en Consumos Problemáticos (CEMAP) “Desde el Pie”.

La propuesta de creación de este espacio, a través de la presentación del proyecto al programa provincial, es realizada desde la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad (SDSTeD), donde funcionaba el Área de Prevención de Adicciones en la que trabajaba ad honorem la Coordinadora actual del CEMAP, las trabajadoras sociales y una psicóloga social de esa misma secretaría, todas estas como empleadas de la planta municipal.

Una vez que el proyecto resulta ganador, con el dinero disponible se financia el estudio diagnóstico y se contrata por monotributo a la coordinadora del espacio. Es decir que pese a que en los formularios entregados se contemplaba la creación de un equipo interdisciplinario que abordaría de modo integral las situaciones que llegaran al espacio, esto no sucedió finalmente.

⁸¹ Realizamos un análisis específico sobre el surgimiento del CEMAPA en Bonis, F., Llovera, S. y Scialla, M. (2014). El abordaje del consumo problemático de sustancias en la ciudad de Pérez como política pública presentada en – XI Congreso Argentino de Antropología Social – GRUPO DE TRABAJO GT31-ANTROPOLOGÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS. Facultad de Humanidades y Artes – UNR – Rosario, Argentina. Allí intentamos dar cuenta del modo improvisado y precario en que se gesta esta política y nos focalizamos especialmente en los riesgos (vinculados al reforzamiento de una política de estigmatización y criminalización de usuarias/os) que supone la inscripción de un proyecto orientado exclusivamente a la asistencia de usuarias/os de sustancias en un programa dependiente del Ministerio de Seguridad (más allá de que se trata de proyectos que discuten la idea de hegemónica de seguridad desde lo punitivo).

Durante los primeros meses del 2014 el CEMAPA no contaba con espacio físico de funcionamiento “pululando” en distintas oficinas o salones del Complejo Multifunción (donde se encuentra SDSTEyD). A mediados de ese año – aproximadamente- se le asigna el espacio ubicado en la planta alta del CMDS, en el que funciona actualmente. Cuando las/os profesionales encargados del estudio diagnóstico terminan la instancia de trabajo de campo y comienzan la escritura del informe, solo queda trabajando de modo permanente en el espacio del CEMAPA la Coordinadora. Luego, por unos meses de ese mismo año se suma a un psicólogo de la ciudad de Rosario, que acompañaba a la Coordinadora en la tarea fundamental que realizaba el centro en ese momento: dar charlas en las escuelas como forma de prevenir los consumos. A su vez se generaron en la escuela de nivel medio del Barrio Cabín 9 talleres de música y teatro en el marco de las estrategias de prevención.

A mediados del año 2015, por falta de pago de sus honorarios durante meses, tanto el psicólogo como la coordinada del CEMAPA dejan de asistir al espacio, por lo que cesa su funcionamiento⁸². El lugar físico pasa a ser ocupado por una persona vinculada a cuestiones de seguridad del Municipio. Cuando cambia la gestión local, a fines del año 2015 el nuevo Intendente (que continúa siendo el actual) convoca nuevamente a la Coordinadora para que retome el funcionamiento del espacio, con un contrato como monotributista -al igual que el período anterior-. En un primer momento (otra vez), no contaron con lugar físico, realizando tareas de prevención en distintos lugares de la ciudad, hasta que logran conseguir el espacio anterior, en la planta alta del CMDS en febrero del año 2016 y “reabren” sus puertas.

Es importante mencionar que cuando el CEMAP se pone nuevamente en funcionamiento en 2016 no lo hace dependiendo de la Secretaría de Desarrollo Social como en sus orígenes, sino que es parte de la Secretaría de Salud del Municipio. En realidad fue “un poco” parte de esta secretaría y “otro poco” de un Área de Coordinación de Políticas Sociales (a cargo de la trabajadora social que hoy coordina el equipo de salud mental del CMDS) que dependía directamente del Ejecutivo Municipal, pero que tenía su oficina en el CMDS en el mismo espacio que el CEMAP.

A fines del año 2017 por una serie de conflictos – en el que se solapan cuestiones personales y políticas que devinieron en “quitarle injerencia” a la trabajadora social a cargo del Área de Coordinación de Políticas Sociales- el Intendente traslada por decreto el CEMAP (y el resto de las actividades a cargo exclusivamente de dicha Área) a la Secretaría de Desarrollo social, aunque el CEMAP sigue estando físicamente

⁸² En la página de Facebook de este espacio, aparece una publicación que afirma “” informamos que a partir del mes de agosto ya no pertenecemos al mismo por razones que desconocemos por el momento. Agradecemos a todas las personas que confiaron en nosotros y especialmente a las escuelas que siempre nos han abierto sus puertas para realizar nuestro trabajo. De existir alguna duda se pueden dirigir a la Secretaria de Acción Social o a la Intendencia”. El Centro no siguió funcionando en ese momento.

en ese espacio⁸³ y en su lógica de funcionamiento parece una prestación más del CMDS. De hecho, el personal del centro de salud que tiene vínculos permanentes con el CEMAP, cree que este depende de la Secretaría de Salud e incluso que es parte del CMDS. Más allá de la dependencia formal de los espacios, existe un trabajo conjunto – o más bien integrado- entre el CEMAP y el CMDS; cuando se habla del “equipo de salud mental” del CMDS se suele incluir a las personas que están en estos dos lugares.

Aunque el CEMAP dependa formalmente de la SDSTeYD, como lo hizo en sus inicios, no existe un vínculo cotidiano de trabajo con la funcionaria municipal a cargo de la Secretaría, aunque sí con los equipos y personas que trabajan en dicha dependencia. Desde el CEMAP le envían a la Secretaria por correo electrónico informes de las intervenciones que van realizando “para estar cubiertas” cuando algunas de las situaciones “estalla”⁸⁴, pero en lo que hace a las cuestiones básicas del funcionamiento del CEMAP las suelen resolver con el Secretario de Salud.

Las actividades “actuales” desde el CEMAP

Actualmente al espacio lo integran formalmente tres personas, la coordinadora, una psicóloga (que se incorporó a fines de 2017, a través del convenio con APRECOD) y una empleada administrativa (aunque informalmente cuando se refieren al CEMAP hablan de que son “dos personas” y a su vez cuando se habla de una tercera se suele referir a la trabajadora social, no a la empleada administrativa).

El CEMAP se propone trabajar fundamentalmente en dos ejes: asesoramiento e intervención en situaciones específicas de consumo problemático y prevención en las escuelas públicas de la ciudad; se realizan las siguientes actividades:

⁸³ En una entrevista, la SDSTeYD nos comentaba:

“PE: las chicas [refiriéndose a las integrantes del CEMAP] dependen de acá... porque a mí me pasaron todo por decreto acá... eh... hubo una modificación muy grande, digamos, o sea, antes dependía todo de salud, y en febrero del 2017 [esta fecha no coincide con las que nos mencionaron otras personas entrevistadas, señalando que fue a finales del 2017 “el traspaso”], [nombre del Intendente] me lo pasa por decreto a mí, lo que es CEMAP... todas las promotoras, lo que es el Abre Familia, porque antes dependía de [la trabajadora social] todo eso.

E: Aahh...

PE: Entonces hubo todo como una...

E: Claro, [nombre de la trabajadora social] ahora está en el centro de salud.

PE: Ella está como trabajadora social, antes estaba como coordinadora...

E: Aaah... bien

PE: De políticas p... la... no sé, qué situación fue, y se tomó la decisión de pasarlo para acá... Y... entonces bueno, todo un cambio, entonces bueno, lo que es salud mental lo maneja [el Secretario de Salud], pero el equipo, por eso también... decidí que se queden allá las chicas... porque el tema de salud mental y el tema de todo lo que es consumo está tan vinculado, viste?” (Registros de campo, 2019).

⁸⁴ Así una de las personas entrevistadas nos señalaba: “nosotros nos ha pasado mil veces de situaciones que después estallan, porque acá... todo el mundo se... altera... lo importante es importante cuando estalla, mientras tanto no.”

- Espacio de escucha, asesoramiento y contención a personas (usuari@s de sustancias, familiares, referentes socio afectivos, organizaciones sociales) atravesad@s por situaciones de consumo problemático de sustancias.
- Articulación y derivación a Instituciones especializadas en el abordaje en Consumo de Sustancias Psicoactivas, en situaciones particulares.
- Espacio individual de acompañamiento psicológico como estrategia de abordaje conjunta con el Equipo de salud Mental del Centro de Salud “El Gurí” en casos específicos en los que se ha evaluado la necesidad de reforzar algún aspecto de trabajo con familiares y/o referentes socio afectivos.
- Talleres de prevención específica e inespecífica en Escuelas públicas primarias y secundarias con el objetivo de prevenir los consumos problemáticos de sustancias o reducir los daños que el mismo produce.
- Articulación con Instituciones del orden local, provincial, nacional y ONGs
- Organización, convocatoria y/o participación de reuniones interdisciplinarias e inter-áreas a fin de acordar y articular criterios de trabajo, estrategias y abordaje conjunto de situaciones.⁸⁵

Sin embargo, desde que se puso en funcionamiento en 2018 el dispositivo denominado “Sala de Estar” las actividades de prevención (especialmente los talleres en escuelas) disminuyeron por falta de personal⁸⁶. En relación a las tareas principales que realizan actualmente, su Coordinadora señala: "recibimos personas con estas problemáticas, las entrevistamos y, conjuntamente, resolvemos qué asistencia es la adecuada para cada una" (Declaraciones del Coordinadora del CEMAP en una nota del Diario La Capital, 2019). Muchas veces las entrevistas se realizan a personas que van a consultar o asesorarse preocupadas por el consumo de otra persona.

El espacio funciona de lunes a viernes de 8 a 13 hs, las personas pueden acercarse, comunicarse telefónicamente y/o contactarse a través de su página de Facebook para pedir una entrevista o conversar con las integrantes del CEMAP. Este es identificado por quienes entrevistamos del CMDS como “arriba” o, en muchas ocasiones como “las chicas de arriba”, haciendo referencia a que las cuestiones vinculadas al consumo se derivan allí. Fuera del horario de funcionamiento del CEMAP a quienes soliciten atención por cuestiones ligadas a consumo en el CMDS, en las oficinas de la Secretaria de Desarrollo Social (SDSTeyD), en otra dependencia municipal o a algún funcionario de forma personal y no se trate de una crisis (en ese caso se ofrece como lugar la guardia) se los solicita un número de contacto y el mismo es derivado al CEMAP.

⁸⁵ Esta información se obtuvo de una publicación interna realizada por el CEMAP para ser presentada al Intendente Municipal y de una publicación de la Página de Facebook del CEMAP.

⁸⁶ Sin embargo, aunque no de modo sistemático se realizaron algunas actividades en el 2018 y en el 2019.

En el cuarto capítulo detallamos los distintos lugares desde los que pueden llegar las consultas al CEMAP así como el menú de ofertas que se despliega desde este espacio para el abordaje de las situaciones recibidas. Aquí nos limitamos a decir que dos de las opciones posibles (derivación al equipo de salud mental y a la Sala de Estar) se encuentran dentro del CMDS. Para los casos en que se recomienda la derivación a una institución “especializada” es preciso trasladarse, fundamentalmente hasta la ciudad de Rosario.

En relación a la formación de quienes forman parte del CEMAP, su Coordinadora es acompañante terapéutica y ya en ejercicio de sus funciones como coordinadora realizó una Diplomatura en Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos, dictada por la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER) en conjunto con la SEDRONAR, que también fue cursada por la trabajadora social del CMDS. La coordinadora del CEMAP inició su recorrido en esta problemática a partir de su experiencia familiar. La otra persona es una psicóloga que durante varios años se desempeñó como coordinadora de uno de los dispositivos de atención de una institución que se dedica al abordaje de los usos problemáticos de sustancias. La tercera persona es una empleada administrativa de la planta municipal sin formación específica, que se ocupa de cuestiones administrativas (carga en SICAP los casos que aborda la trabajadora social del CMDS y el CEMAP) y a veces también de limpieza. Aunque formalmente no se considere una integrante del CEMAP, la coordinadora del Equipo de salud mental, es parte del funcionamiento cotidiano de este espacio⁸⁷.

2.5.2 La sala de estar

Desde mediados del año 2018 se puso en funcionamiento en uno de los espacios físicos del CEMAP este dispositivo, como es llamado por quienes forman parte de él. Es definido por APRECOD como “un lugar de bajo umbral en el que se recibe a personas con consumos problemáticos y vulneraciones de derechos” (Diario La capital, 2019).

Tuvimos la oportunidad de estar presentes en III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de DDHH y Salud Mental donde quienes llevan adelante este espacio presentaron sus características. Les resulta más fácil definirlo por lo que no es: no es un centro de día, no es grupo, “no es un espacio formal de salud

⁸⁷ En una entrevista realizada a la Coordinadora del CEMAP, nos señalaba:

“E: [nombre de la Coordinadora del Equipo de Salud Mental], ahora, coordina también un poco el trabajo de ustedes?”

PE: Claro.

E: Bien.

PE: Y... más que el mío, y de [la otra integrante del CEMAP] no. Es de salud mental, nosotras estamos dentro de salud mental, porque bueno, se supone que consumo está... Sí, también... pero no nos supervisa a nosotras... dos...O sea, estamos las tres juntas en todo, digamos.

E: Bien, buenísimo.

PE: En la misma oficina, y laburamos todo junto...”

(Registros de campo, 2020)

tampoco” (Registros de campo, 2019). Lo definen como un dispositivo sustitutivo que se crea *espontáneamente* a partir de reunir en el lugar a distintas personas que se acercaban al centro de salud o al CEMAP con distintas demandas y atravesadas por situaciones de sufrimiento subjetivo, pero que “no estaban anclados en el centro de salud como referencia...” (Registros de campo, 2019)

Se trata de un lugar de escucha y de alojamiento [...] empezamos como a intentar que ese espacio fuera el inicio de un trabajo singular, muy singular, con cada uno... muy... muy ligado a lo que también... cada uno estaba dispuesto [...] es un espacio que habilita... que contiene... que aloja... y que mucha veces es el único espacio... que encuentran... eh... y a través del cual pueden... después empezar a transitar otros. (Registros de campo, 2019)

De hecho quienes lo integran sostienen que

cuando la sala se convierte en el único espacio... ahí vemos que hay algo que no está funcionando... porque la idea es que sea un lugar donde hacer pie como quién dice, y... de ahí repunta... Hacia dentro del centro de salud... o hacia fuera... (Registros de campo, 2019)

Luego de un tiempo de haberse conformado este espacio se estableció un horario en el que permanece abierto que es de lunes a viernes de 8 a 13 hs, coincidiendo con el horario del CEMAP. La sala de estar es gestionada en su cotidianeidad por la Coordinadora y la psicóloga del CEMAP, la trabajadora social y un psicólogo social (que tiene un contrato por el que asiste al espacio dos veces por semana), aunque también se abordan cuestiones relativas a su funcionamiento en las reuniones mensuales del equipo de salud mental (donde se incluye a las personas del CEMAP).

En relación a las personas que participan del espacio planteaban que en general se trata de

P1: (...) personas que están, eh... por fuera de... de todo... digamos...

P2: Incluso, personas que nunca han logrado hacer un tratamiento...

P3: Por eso mismo...

P1: Y que lograron ahí... quedarse, engancharse con algo que, más o menos... los va pudiendo... van pudiendo armarse otra cosa... un poco mejor que... en las situaciones que estaban, digamos, esa es un poco la idea...

P2: Y hay algunos, que no tenían recorrido institucional... ninguno... y... no tenían tratamiento ni atención tampoco por su... por su problemática... al llegar ahí... se empezó... en la mayoría de los casos... fue... empezaron... se empezó a trabajar con eso... empezar a vincularlos. (Registros de campo, 2019).

2.5.3 El equipo de salud mental

Este equipo comenzó a formarse desde el año 2017 cuando la provincia destinó la mitad de las horas de un cargo de un psiquiatra al CMDS⁸⁸. La Dirección Provincial de Salud Mental acompañó la incorporación de este profesional y a partir de allí comenzaron a realizar reuniones junto con las psicólogas, los acompañantes terapéuticos y el personal del CEMAP, para acordar lógicas y estrategias de trabajo. A ese proceso se suma luego la trabajadora social que deja de estar a cargo el Área de Coordinación de Políticas Sociales (en realidad el área se disuelve) y pasa a ser parte del equipo del CMDS – en el Área Social o Servicio Social-. En el año 2018 se incorpora al equipo el psicólogo social y en mayo del 2020 la trabajadora social asume la coordinación del Equipo de salud mental del CMDS.

En los casos vinculados a situaciones de consumo que puedan llegar a cualquiera de las/os profesionales, lo que se intenta hacer es referenciarlos en el CEMAP y que desde allí se evalúe la participación de este equipo. En la práctica, cuando se realiza la reunión mensual que tiene este equipo y en el que participa el CEMAP, se analizan las situaciones y se delinear estrategias de abordaje también para los casos de consumo, aunque el seguimiento específico de dichas situaciones se hace desde el CEMAP.

En cuanto a las psicólogas, una de ellas tiene la carga horaria total en el CMDS (30 hs), otra no sabemos específicamente ya que si bien su contrato es completo para el CMDS (24 hs ya que es de provincia) destina la mayoría a otro sector de la municipalidad, una tercera que tiene la mitad de la carga horario (12 hs) destinada al centro de salud y una cuarta que es la que se dedica “exclusivamente” a cuestiones de violencia de género, recibe fundamentalmente las derivaciones de la SDSTeYD. El psicólogo social y esta última psicóloga, facturan mensualmente a la municipalidad como monotributistas. El psiquiatra, empleado de planta de la provincia, destina 12 hs al CMDS “El Gurí” y 12 hs al SAMCo ubicado en la localidad de Zavalla.

2.5.4 La guardia médica de 24 hs

Las situaciones críticas vinculadas a consumos problemáticos llegan a la guardia médica, en general en horario nocturno y son atendidas por el personal médico sin especialidad y de enfermería. No existe guardia de salud mental en el CMDS. Si se analiza que en el momento es necesaria la intervención de un/a especialista o que la persona permanezca en un lugar de asistencia, sea para una desintoxicación o deshabitación, se hace la derivación a la ciudad de Rosario, aun efector privado si la persona tiene cobertura de salud privada o prepaga o al Hospital del Centenario en los casos en los que cuenta solo con cobertura pública. Las atenciones por cuestiones vinculadas a consumo se anotan en una planilla por personal de la guardia y luego, al día siguiente

⁸⁸ El psiquiatra anterior se había retirado hacía algunos años y no había profesional disponible. A su vez esta persona trabajó siempre ad honorem en el CMDS, no existía un cargo para psiquiatría y los de psicología eran contratos fuera de la planta municipal.

(siempre que sea día hábil) es recogida por alguien del CEMAP o por la trabajadora social. En realidad en dicha planilla, se registran no solo cuestiones vinculadas a consumo sino en general de salud mental y todo aquello que, desde la guardia, se considera que demanda la intervención de la trabajadora social. En el cuarto capítulo analizamos el abordaje de las situaciones y las posibles derivaciones.

Capítulo 3

3.1 La capacidad de respuesta del sistema sanitario de la ciudad

En este breve capítulo realizamos algunas consideraciones sobre la configuración de los servicios de salud en la ciudad de Pérez, que describimos en apartados anteriores. Queremos hacerlo no solo porque se trata del contexto general de lo que sucede en el CMDS – que se analiza en el próximo capítulo- sino porque es posible encontrar en dicha configuración ciertos condicionamientos a los modos de respuesta (frente a problemas de salud general y de uso de sustancias en particular) de parte de la gestión municipal y del CMDS especialmente. Comenzaremos entonces por abordar lo que decidimos llamar “capacidad de respuesta del sistema sanitario de la ciudad”, al que pensamos como dimensión general de nuestra problemática.

En el desarrollo de nuestro trabajo de campo encontramos un “acuerdo” entre las personas que entrevistamos y con las que mantuvimos conversaciones informales (funcionarias/os del municipio, trabajadoras/es del CMDS, usuarias/os del CMDS y de otros efectores privados) en relación a la caracterización de la oferta de servicios de salud en la ciudad, tanto pública como privada, como deficitaria y con cierto grado de conflictividad. Cuando indagamos sobre las razones que podrían explicar dicho estado, acudiendo también a otras fuentes, identificamos distintas cuestiones de las que intentaremos dar cuenta a continuación, pero que terminan afectando la capacidad de respuesta del CMDS.

3.1.1 Crisis económica, disminución de cobertura, carencias en efectores privados

Comenzaremos por plantear una cuestión que trasciende a la configuración en sí del sistema de salud. Nos referimos a la profunda crisis económica a nivel nacional que deterioró las condiciones de vida, ya de por sí complicadas, de una parte de la población de Pérez. Muchas personas se quedaron sin trabajo en los últimos años y dejaron de tener cobertura médica –personas que antes iban a Rosario a atenderse-, otras que aún la conservan pero no pueden afrontar los co-pagos o incluso el costo del boleto de colectivo para ir a Rosario (en el caso del transporte público se da al mismo tiempo un incremento realmente significativo de la tarifa y una disminución notable en las frecuencias).

Las dificultades económicas produjeron también la disminución del número de afiliados/as del servicio privado de emergencias médicas “*Medi Móvil*” que descomprimía la demanda fundamentalmente en la guardia del CMDS dado que como mencionamos en otros apartados, este servicio contempla visitas a domicilio sin necesidad de que se trate de una emergencia. Sumado a eso, como señala el Secretario de Salud

Medi Móvil era prestador de PAMI en su momento, hacía los traslados y las emergencias... Medi Móvil se abrió... Entonces no llega más a los pacientes de PAMI... Pusieron una empresa tercerizada [de

Rosario] que no da respuesta para nada... [...] Entonces la respuesta se la terminamos dando nosotros (Registros de campo, 2019)

El análisis de Casalis (2020) nos brinda herramientas para dimensionar esta situación de crisis que impacta en los gobiernos locales. El autor identifica distintas etapas en la implementación de políticas sociales en Argentina y denomina a la que tiene lugar desde el año 2016 hasta la actualidad como “de la promoción de derechos a la atención de la emergencia” (p. 125). En ese contexto los gobiernos locales deben generar políticas de asistencia (relegando las políticas sociales que se estaban implementado) para poder

(...) responder a la emergencia social y al deterioro de las condiciones de vida de la población motivadas por el aumento de la pobreza, el desempleo y la caída de la actividad económica a partir del cambio en el modelo de desarrollo (Casalis, 2020, p.125)

Sin embargo, no solo existe un problema vinculado a la disminución de la cobertura de salud en algunos sectores de la población, lo que impacta en el aumento de la demanda para el CMDS. También sucede que personas que sí cuentan con cobertura (de obra social o de prepaga, incluso las dos) no disponen de dichos servicios en la ciudad, o estos son deficientes. En este sentido, la falta de efectores privados que absorban la demanda de quienes cuentan con obra social o prepaga, aparece como un argumento clave desde la mirada del Secretario de Salud. Tal como manifiesta en la entrevista este funcionario:

(...) en lo privado solamente hay consultorios externos. No hay guardia, no hay internación. O sea que todo lamentablemente, recae en lo que lo público (Registro de campo, 2019, p.2). O sea hoy en día, el mejor OSDE que tengas vas a caer acá. Entendés no tenés otro lugar, no hay un efector privado que garantice la guardia 24 hs hoy en día [...] cae todo acá... y acá la verdad es que estamos bastante... sobrecargados... O sea, cuando yo vine había un médico de guardia... que ahora tengo que poner dos las 24 hs... porque ya no da abasto (Registros de campo, 2019).

En la entrevista realizada en el 2014 al Secretario de Salud anterior, también comentaba, ante la consulta por las condiciones socioeconómicas de las personas que iban al Centro Médico Asistencial “El Guri” que

hay gente que te viene con obra social, especialmente los fines de semana. Porque los conocemos, tienen IAPOS, tienen Bancario, Empleados de Comercios, de la obra social que vos... Esencial, viste, algunas como pre pagas, Swiss Medical. Inclusive a veces hacemos alguna receta nosotros por Swiss Medical o Esencial... Vienen de todo tipo: de bajos recursos, de medios recursos y de recursos económicos buenos. [...] Toda la vida fue así. Y así en todos lados, no solamente acá. En los Centros de Salud, que a veces uno espera que paguen algo, o que dejen alguna ayuda para el Centro de salud. ¡No!. (Registros de campo, 2014).

Es decir que hay servicios, especialmente el de guardia de 24 hs, que solo se brindan desde CMDS y más allá de contar con cobertura no existe un lugar en la ciudad que absorba esa demanda. Por otro lado también identificamos deficiencias en las prestaciones que sí brindan dichos efectores. En algunos casos frente a la falta de respuesta acuden al CMDS, donde no siempre se logra cubrir esa demanda.

Durante las observaciones realizadas en una de las áreas de recepción del CMA “El Gurí” registramos un intercambio entre una trabajadora de dicha área (PA) y una usuaria (P). En él es posible identificar tanto la deficiencia de los efectores privados ante un pedido de asistencia como el modo en que esta “no respuesta” de los otros subsectores es leída por quienes forman parte del centro de salud, cuestión que analizaremos más adelante.

P: Te puedo hacer una pregunta?

PA: Sí, mi amor, decime.

P: Nosotros estamos en la guardia

PA: Sí

P: Pero te explico, él tiene muchos problemas, muchos problemas, y ahora dicen que están baldeando...

PA: Si, están limpiando, sí. Porque corresponde.

P: Hace un montón que estamos esperando, el clínico, este, no lo podrá atender? es una urgencia

PA: Yo le voy a... no no... a ver... Cuánto hace que...?

P: venimos... venimos... estamos... escuchame...

PA: Vení, mi amor.

P: Somos de PAMI, y no tenemos médico...

PA Bueno, escuchame una cosa... quién es tu médico de cabecera?

P: Lungo, pero no se encuentra... de acá hasta el viernes...

PA: No está...

P: hasta el viernes tampoco está...

PA: Bueno, no me digas.... Bueno, pero tenés médico! No es que no tenés... Cuánto hace que él está así?

P: Eh... empezó a estar así... ahora...

PA: Cómo? Empezó cuándo? [de mala manera]

P: Anoche, pero ahora está, lo dejé pasar porque no me pareció... pero ahora sigue largando mucha flema... y mucha tos...

PA: Si, lo que yo... quiero que entiendas esto... Acá no tenemos para hacerle ni radiografía... porque se quedó sin líquido la radiografía...

P: No es para radiografía... es por el asunto de que...

[Suena el teléfono]

PA: Si, yo te explico...

P: eh.... Para mí es.... de... una tos como de gripe, angina, que le llaman...

S: Bueno, yo te explico algo... eso no es una urgencia... la urgencia es lo que pasa en el momento... Si?

P: Pero bueno...

PA: Bien... venís con una mano cortada... venís... eso es una urgencia...

[Sigue sonando el teléfono]

PA: Esas no son una urgencia... y pueden esperar como esperan las otras personas... Si? El médico este, señora, yo le puedo decir esto: hay gente que lo ha esperado hasta seis siete horas, si usted quiere sentarse a esperarlo...

P: Ya me cansé

PA: Ahí está el tema... por eso... le quería explicar eso...

P: No, no, no...

PA: Él demora mucho.... mucho con la gente...

P: Pero nosotros también tenemos Los Álamos... [una de las clínicas de consultorios privados] y tampoco, no hay clínico...

PA: Ah, usted también tiene Los Álamos? Eh...

P: Y no hay clínicos.

PA: Qué ob... que tiene? PAMI? En Los Álamos? [con la forma en la que pregunta le da a entender que ella sabe que en ese lugar no atienden por PAMI]

P: No, no, nosotros nos hicimos aparte, particular... por nosotros.

PA: Aaaah. (..)

P: Pero no... tampoco hay médico...

PA: Claro... pero el Gurí tampoco tiene la culpa no... [risas]

P: Claro, por eso. Ya sé.

PA: Por eso... Así que bueno, hay que esperar señora.

P: Gracias... Muy amable.

PA: No, por favor... No hay por qué...

[Sigue sonando el teléfono]

(Registros de campo, 2019)

Unos minutos después dialoga nosotras:

PA: viste? Con esa señora. Viste cómo se pone? El tema de la limpieza... Vos no podés... la limpieza acá es lo principal, con todas las pestes y...

E: Ah, vos decís la señora que...?

PA: Viste cómo vino? Y tenía doble obra social...

E: dijo que no había ni méd... ni Lungo... ni en Los Álamos...

PA: No había en ningún lado médico. De ningún lado. Y tenía dos obras sociales. Pero viene a atacar al Gurí... y a pelear... Entendés?

(Registros de campo, 2019)

Más allá de las cuestiones vinculadas al trato, que abordaremos específicamente en otros apartados, aquí se hace visible que tener una cobertura, incluso dos, no garantiza la disponibilidad de respuesta de salud privada o del sistema de seguridad social en distintos lugares de la ciudad.

3.1.2 Dificultades en el funcionamiento del CDS Nro. 21

Otro de los aspectos que se presentaron como complejizando la capacidad de respuesta del sistema de salud en la ciudad tiene que ver con el modo complejo en el que funciona el CDS de Cabín 9, donde no se logra dar respuestas a las demandas de salud de quienes viven en ese barrio densamente poblado. Una encuesta realizada en el marco de la implementación del Plan Abre⁸⁹, expuso el nivel de disconformidad de sus habitantes respecto de la atención del CDS Nro. 21. Así una persona entrevistada que trabajó en la implementación de este Plan nos comentaba:

En el Abre Familia hay una encuesta, que vos hacés con la familia; y es una encuesta donde se toman algunos datos, pero se revela sobre todo el interés de la gente... qué cosa no, nos les parece que funciona bien y salió siempre salud... en Cabín 9, el conflicto siempre fue salud. Hay una muy mala visualización del centro de salud, hay una cuestión sobre todo de personal administrativo, de no ser muy bien tratados, de... o sea, y eso se repitió permanentemente, no fue una cuestión de que bueno, algunos casos, eso era todo el tiempo, era como un reclamo permanente... [...] hacíamos 150 encuestas por día y más del 50% se quejaba del centro de salud... y es mucho... Eh... entonces, siempre hubo ahí como una cosa de... de que... yo ya te digo, el centro de salud de Cabín tiene una historia muy marcada

⁸⁹ De acuerdo a la publicación "Integralidad, Territorio y Políticas Sociales Urbanas. La experiencia del Plan ABRE de la Provincia de Santa Fe" (2019) en el barrio Cabín 9, las visitas a las familias se realizaron en dos etapas. La primera, de diciembre de 2016 a enero de 2017, y la segunda, de julio a diciembre de 2017. En total, se visitaron 1230 hogares donde habitaban 4715 personas.

por los conflictos... De hecho, fue tomado... o sea, los vecinos lo tomaron... se llevó puesta una directora, mal... o sea, el equipo siempre... fue... siempre fue así... desde que yo me acuerdo... (Registros de campo, 2019)

De hecho, esta cuestión también fue mencionada por el Secretario de Salud, manifestando que comparativamente el Gurí era mucho mejor percibido.

PE: [...] la verdad lo que es la opinión que tiene la gente de barrio con respecto al centro de salud es pésima, es pésima lamentablemente y por ahí...

E: qué remarcan?

PE: La mala predisposición de la gente, el maltrato... no tanto, no es contra el acto profesional en sí, con la atención del profesional en sí, sino es con el maltrato que reciben constantemente... eso es lo que le molesta especialmente a la gente... porque está en uno de los ítems... dice “qué es lo que te molesta”...

E: claro

PE: A ver tenía que poner un puntaje del uno al diez y la gente decía yo no quiero poner ni uno, te decía la mayoría...” (Registros de campo, 2019)

Encontramos distintos argumentos que pueden explicar esta respuesta deficiente. Los compartimos brevemente a continuación, dado que un análisis profundo de lo que allí sucede excede a los objetivos de este trabajo. Por un lado y como se señala en las citas anteriores, aparece una cuestión vinculada al maltrato, especialmente del personal administrativo que ha generado una percepción negativa del CDS. Esta situación se explicitó también en la nota realizada por el medio Conclusión el 18/09/2017 donde una usuaria del CDS Nro. 21 afirmaba: “la atención del personal administrativo es pésima, no me refiero a médicos o enfermeros, sino a la gente que da turnos y que limpia, es un permanente maltrato a los que nos atendemos allí”. En este sentido, en una conversación informal sostenida con una trabajadora de dicho centro, nos relataba que actualmente, debido al pedido de traslado de parte del personal administrativo y su reemplazo por personas nuevas, se había logrado mejorar esta situación, desde fines de 2019.

Por otro lado, constituye una situación de hecho que la Coordinación del CDS suele cambiar permanentemente lo que afecta al funcionamiento del lugar. Recordemos que actualmente no hay quien ejerza ese rol, dado que la última persona que renunció no ha sido reemplazada, así como tampoco existe quien coordine a los CDS de la provincia ubicados en la zona oeste de Rosario. Esto último coincide con inicio de la nueva gestión provincial a fines de 2019. En cuanto al cambio o mejor dicho la renuncia constante de la coordinación del centro, para el Secretario de Salud es el resultado del nivel de conflictividad que tiene el equipo de salud del lugar. Sin embargo en la misma conversación informal a la que nos referimos

anteriormente, en la que dialogamos con una trabajadora que desempeñó dicho cargo, nos explicaba que renuncian al mismo porque no encuentran respuestas a las demandas, tanto del equipo de salud como de la población, por parte de la gestión provincial – la anterior y la actual. Nos comentaba que desde hace años reclaman a la provincia mejores condiciones edilicias (mantenimiento general, calefacción), insumos básicos para la atención con los que en ocasiones no cuentan (suelen comprar elementos como algodón, gasas las/os mismas/os trabajadoras/es o solicitárselos a quienes van a atenderse) y especialmente nuevas/os profesionales para poder responder a la demanda de atención. Incluso señalan situaciones en que las/os trabajadoras/es se trasladan a otros CDS o están de licencia por largos períodos de tiempo y no son reemplazados allí. Esta trabajadora con la que pudimos hablar sintetizaba la situación, no solo de este CDS sino de los de la zona, diciendo que “el oeste está olvidado, la provincia abandonó del oeste, hace mucho tiempo que nos han soltado la mano”. De hecho reconoce que en general “quienes salvan las papas” son los de la gestión municipal, haciendo especialmente referencia al Secretario de Salud de Pérez. Los suelen asistir con los traslados de pacientes, con tareas de mantenimiento del propio CDS, vacunas, entre otras cosas.

Finalmente otra de las razones que se presentan para explicar el funcionamiento deficitario del CDS Nro. 21 se vincula a problemas de inseguridad. Así, en el Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental Pérez 2030 (2017) se señala que este centro debido a hechos de inseguridad no se encuentra funcionando como debiese (p.102). Sin embargo nosotras no encontramos en ese documento ni en las entrevistas realizadas referencias específicas a esta problemática.

Es posible que por los distintos argumentos explicitados anteriormente, una parte considerable de quienes viven en ese barrio decidan acudir a “El Gurí”⁹⁰. En este sentido, es importante mencionar que la distancia entre el Barrio Cabín 9 y el CMA el Gurí, combinada con la inexistencia de oferta del sistema de transporte público que los conecte, condiciona el uso de los servicios de salud de “EL Gurí”. En algunos casos y posiblemente debido a la mejor accesibilidad desde lo geográfico, se acude al sistema sanitario de Rosario para obtener atención. Especialmente al Centro de Salud María Josefa Rosselló y el Policlínico San Martín que dependen de la municipalidad de Rosario. A su vez, este último efector cuenta con guardia pediátrica que no es un servicio que preste ni el CDS Nro. 21 ni el CMDS “El Gurí”.

Más allá de la valoración respecto de la atención del CSD Nro. 21, es importante considerar que el CMDS “El Gurí” tiene más prestaciones que aquel, por lo que resulta bastante comprensible que las personas de Cabín 9 acudan a él. Aunque esto implique, cuando no se dispone de un modo propio para ir (sea bici, moto o auto) combinar dos líneas de colectivo, tomar un remise “trucho”, pedirle a un/a vecino/a que les haga el

⁹⁰ En la encuesta realizada por el Plan Abre (cuyas características ampliamos en la próxima nota al pie) en el sector este del Barrio Cabín 9 un 33% de los hogares manifestaron asistir al CMA “El Gurí” y un 41% al CDS Nro. 21; en el sector oeste un 60% mencionó al CMA y un 77% al CDS.

favor de llevarlos/as o incluso, caminar esa considerable distancia. Sin embargo, sí resulta llamativo que en especialidades en las que incluso se dispone de más personal, también se acuda al CMDS, como sucede por ejemplo con el servicio de odontología. Nos relataba el Secretario de Salud:

(...) el dentista a la tarde, siempre me dice 'mirá la planilla, de once, tenés, cinco o seis que siempre son de Cabín, y allá hay dos od... dos dentistas'... Y bueno... (Registros de campo, 2019).

Por otro lado, desde hace tiempo existen reclamos de parte de la población vinculados a la necesidad de contar en Cabín 9 con un espacio de guardia de 24 hs. De hecho durante nuestro trabajo de investigación en el 2014, funcionaba un servicio de atención nocturna - desde las 20 hasta las 5 de la mañana- de la que se hacía cargo el municipio, y contaba con un médico, una enfermera y un sereno, disponiendo también de una ambulancia, que luego se redujo considerablemente. En el año 2017, el sitio de noticias Conclusión publica una nota con el titular “Cabín 9: vecinos piden ambulancia que funcione y guardias en Centro de Salud”, en la que se difunde una convocatoria de vecinos y vecinas en la plaza del barrio para movilizarse y exigir emergencias médicas y guardias⁹¹. Menos de un mes después, en el mismo sitio se publicaban una serie de medidas adoptadas por el gobierno provincial y municipal, la más destacada era la noticia de la entrega de nueva ambulancia al centro de salud de Cabín 9, que sin embargo no se encuentra disponible actualmente. Se informaron otros cambios también, como la extensión del horario de atención en el Centro de Salud con personal municipal (consultorio nocturno), el nombramiento del personal para poner en funcionamiento a la nueva ambulancia –en este caso de la provincia- y la firma de un convenio entre el municipio y la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones -APRECOD-, para fortalecer el trabajo de los equipos (que en realidad este convenio no se acotaba a este barrio específicamente).

En relación al funcionamiento del “consultorio nocturno” que depende del municipio, el Secretario nos manifestaba dos preocupaciones. Una ligada a los conflictos que se dan entre las personas que trabajan allí “o sea, es una disputa constante entre el personal... no entre los directivos... entre el personal; que me dejaste sucio, que me dejaste esto, que rompió lo otro... que me robaste, que...” (Registros de campo, 2019); una disputa que repercute en los vínculos entre provincia y municipalidad. De hecho han analizado trasladar dicho consultorio a la delegación que tiene la municipalidad en el barrio Cabín 9, pero esto no se ha concretado. La otra preocupación es que la población confunda este consultorio con una guardia, siendo que, como señala el Secretario de Salud “hoy en día no tiene nada de complejidad, o sea... no tiene un desfibrilador, no tiene... no

⁹¹ El enojo estaba fundamentalmente ligado a que un tiempo antes del reclamo, el gobierno de la provincia había celebrado la inauguración de ese móvil pero que, de acuerdo al relato de quienes viven allí “la ambulancia no tiene médico, no tiene el equipamiento necesario para una emergencia, no tiene chofer, no tiene nada de nada [...] se trata de una carcasa vacía” <https://www.conclusion.com.ar/sin-categoria/cabin-9-vecinos-piden-ambulancia-que-funcione-y-guardias-en-el-centro-de-salud/09/2017/>

tiene cosas que tiene una guardia... me entendés? entonces vos no podés llamar guardia a eso porque... sería un quilombo... [cuando en realidad solo se trata de un médico sin especialidad que hace atención general] es un médico común que... atiende hasta donde puede, y si no puede lo derivará. Entendés? a mí no me gusta que esté... si? No soy partidario, porque no existe... en la ciudad de Rosario, no existe en ningún lugar de Rosario un centro de salud que tenga un consultorio nocturno. Ahora bien, la idiosincrasia del barrio de Cabín 9 es distinta a lo por ahí a los demás barrio..." (Registros de campo, 2019)

Como mencionamos en la descripción de las prestaciones, a partir de una donación del Banco Galicia también se puso en funcionamiento "Móvil de Primera Repuesta", también llamado UPA (Unidad de primeros auxilios). Este móvil, de acuerdo a la percepción del Secretario de Salud, "dio respuesta a un montón de cosas ese móvil en Cabín... La verdad que funciona" (Registros de campo, 2019). Inicialmente esta prestación no lo convenía porque no cuenta con médico o médica, solo con un enfermero.

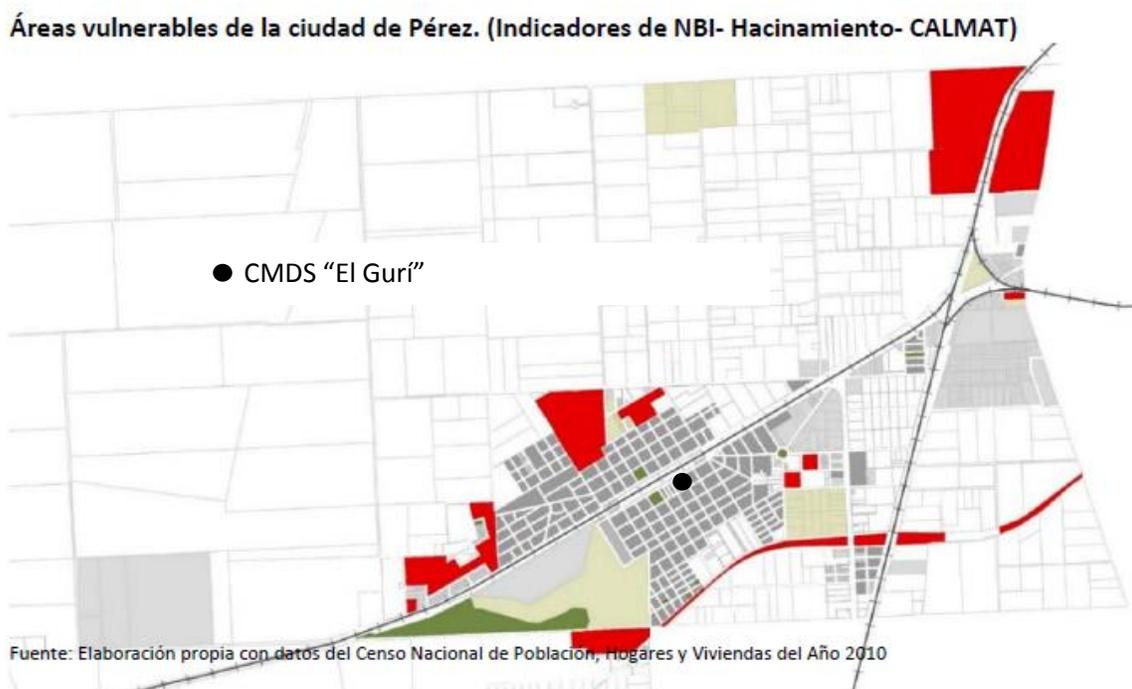
3.1.3 Distribución de los efectores: problemas de accesibilidad geográfica

De acuerdo al diagnóstico del Secretario de Salud, otra de las cuestiones a tener en cuenta para definir a la oferta de salud como deficitaria responde a la localización de los efectores, especialmente en el caso del Gurí. Según el Secretario de salud hay una mala distribución ya que este lugar "tendría que estar más cerca de los barrios, digamos no tan en el centro, que en general en el centro la gente tiene obra social y no lo necesita tanto, si?" (Registros de campo, 2019) Una de las ideas de este funcionario, para implementar en algún momento, tiene que ver con la descentralización de los consultorios en los distintos barrios dejando solo en el lugar donde funciona actualmente, la guardia de 24 hs. Así en la entrevista señalaba que

"(...) Si vos te ponés a hacer un mapeo de todos los pacientes que vienen acá [cuestión que no se ha realizado] tenés que el 80% son Barrio Jardín, Terraplén, Villa América, del otro lado, lo que se llama Parque Güemes, o sea la gente del centro no viene prácticamente acá... Los días que llueve no vas a ver a nadie acá, por qué... porque la gente que está en la periferia, calle de tierra no tiene vehículo, no tiene transporte... [por esa razón] la idea es hacer efectores en la periferia con el mismo personal que tenemos hoy en día acá, distribuirlos y hacerlos jugar en los barrios" (Registros de campo, 2019)

Ante la consulta referida a los modos de movilidad en que suelen llegar las personas hasta el CMDS nos decía que especialmente se usa la bici y en menor medida las motos, dado que no se cuenta con un sistema de transporte público local que conecte a los barrios con este efector. Esto fue percibido también por nosotras durante las observaciones, notando que los ciclistas ubicados en el patio de la institución muestran un uso intensivo.

Sin embargo, este diagnóstico vinculado especialmente a la localización de los efectores antes que a un problema de conectividad general en la ciudad requiere, desde nuestro punto de vista un análisis profundo. Es interesante en este sentido visualizar las localizaciones de las áreas vulnerables de la ciudad a través de la cartografía construida para Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental Pérez 2030 (2017) a partir del entrecruzamiento de algunos indicadores⁹². Allí se muestra (p. 102) que coinciden con los barrios mencionados por el funcionario en la entrevista. Le agregamos nosotras la localización actual del CMDS.



(Informe Final, Plan estratégico Urbano Ambiental Pérez 2030, (2017), p. 102)

De este modo es posible observar que el CMDS se ubica relativamente equidistante respecto de cada uno de estos lugares (a excepción del barrio Cabín 9). En este sentido entendemos que si no se logran generar

⁹² Indicadores de NBI, de Hacinamiento- y CALMAT Calidad de Materiales de la vivienda), donde se analizan las viviendas a partir de diferentes categorías (p. 101).

más cargos para cubrir la atención en todos los barrios mencionados, las distancias a recorrer para acceder a una consulta podrían ser aún mayores que las actuales.

3.1.4 Equipamientos de salud deficientes

Recuperando nuevamente el diagnóstico elaborado en Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental Pérez 2030 (2017) en relación a los equipamientos comunitarios de salud, educación y recreativos de la ciudad, allí se afirma que si bien todos ellos tienen escaso desarrollo (cuanti- cualitativo) “el equipamiento de salud es el que muestra mayores deficiencias” (p. 103).

Además de mencionarse cuestiones relativas al mal funcionamiento del CDS Nro. 21, a las que ya hicimos alusión, aquí se señala también la demanda generada por el uso que otras localidades aledañas realizan del CMDS y fundamentalmente el hecho de que la ciudad carezca de “un efector de segundo nivel- Hospital de mediana complejidad, lo que supone que cuestiones de mayor complejidad e internación deben ser atendidas y resultas en la ciudad de Rosario” (p.103). Esta situación va a afectar, en algunos casos, las atenciones de las situaciones de crisis generadas por uso de sustancias así como las internaciones programadas para “deshabitación”, como vemos más adelante.

Para dar cuenta de este estado deficitario en cuanto a los equipamientos de salud dicho informe ofrece una comparación con otras localidades que nos parece interesante recuperar.

Efectores de salud en ciudades del Área Metropolitana Rosario

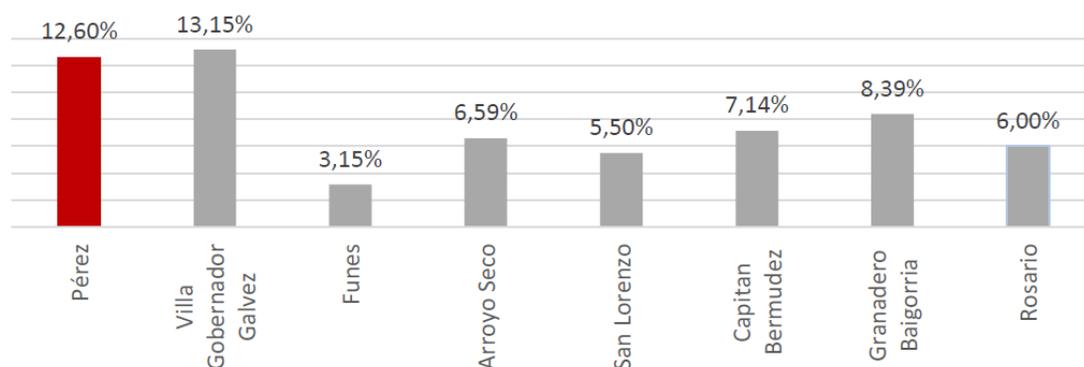
Ciudades	Efectores de Salud / Población
Pérez	1 Centro de Salud cada 13719 hab.
Funes	1 centro de Salud cada 11760 hab.
Villa Gobernador Gálvez	1 centro de Salud cada 11538 hab. 1 Hospital para toda la pob.
Capitán Bermúdez	1 Centro de Salud cada 9808 hab. 1 Hospital para toda la pob.
Granadero Baigorria	1 centro de Salud cada 18666 hab. 1 Hospital para toda la pob.
Arroyo Seco	1 Centro de Salud cada 21720. 1 Hospital para toda la pob.

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

(Informe Final, Plan estratégico Urbano Ambiental Pérez 2030, (2017), p. 103)

Así es posible considerar la situación como similar a la de la localidad de Funes. Sin embargo, cuando se consideran otras variables, como pueden ser las necesidades básicas insatisfechas de estas localidades, se puede percibir que la ciudad de Pérez se encuentra en amplia desventaja. Compartimos el cuadro elaborado también en el dicho Informe (p. 100).

Selección de ciudades de AMR según hogares con NBI. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas Año 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas Año 2010

(Informe Final, Plan estratégico Urbano Ambiental Pérez 2030, (2017), p. 100)

3.1.5 Iniciativas para mejorar la oferta de servicios de salud de la ciudad

PE: Hay un déficit muy importante en lo que es salud en Pérez, yo... Lo sabemos todos... creo que estamos recontra cortos... Hay mucho para trabajar, pero también está muy atado a lo que son los presupuestos y a la situación económica, que no es distinta la de la muni que la del país... Me entendés? [...] no hay nadie que pueda venir ni de lo privado ni de lo público a poner la inversión necesaria como para garantizarlo.

(Entrevista al Secretario de Salud, Registros de campo, 2019)

En relación a esta situación deficitaria y posibles estrategias para revertirla se han propuesto diferentes ideas, algunas de ellas se en contextos de elecciones. Referentes del Partido Confederal de Pérez, por ejemplo, han hecho hincapié en la necesidad de contar en la ciudad con un Hospital Regional de Segunda complejidad, y para ello en el año 2019 presentaron una propuesta en la Cámara de Diputados de la Provincia, a través de Carlos Del Frade. Entre los argumentos esgrimidos en los fundamentos del proyecto se sostenía que la ciudad

contaba únicamente con dos centros de salud y no existía en la esfera pública ni en la privada una respuesta a casos de mediana o alta complejidad, por lo que la población se veía obligada a trasladarse 14 kilómetros hacia la ciudad de Rosario. Planteaban que el número de efectores es escaso en relación a la cantidad de habitantes y al crecimiento poblacional -del 14,6% entre el censo del 2001 y 2010-, resultando este último superior al de varias localidades que circundan a la ciudad de Rosario y al promedio general del Gran Rosario que en ese decenio fue del 6,3%⁹³. Además afirmaban que el Plan Estratégico Provincial no comprendía una propuesta para la ciudad de Pérez para el área salud, prolongando su dependencia con Rosario. En cuanto al lugar se proponía la adquisición del edificio perteneciente al “Instituto Médico Pérez S.A” que debido a dificultades económicas solo prestaba el servicio de consultorio, teniendo sus dueños la intención de vender el inmueble para ese fin.

La propuesta de un Hospital para Pérez y localidades aledañas no es solo de ese espacio político, sino también de otros, como el del Frente Pérez Cambia, que en el marco de la campaña del año 2019 anunció entre los proyectos prioritarios de su gestión – en caso de resultar electo su candidato a Intendente- concretar “el sueño del Hospital propio” en el mismo espacio mencionado anteriormente. En este caso, además se sumaba la promesa de construir una Guardia General 24 hs en Cabín 9, que contaría también con una base del SIES.

Entre las ventajas de la existencia de esta nueva guardia se mencionaba por un lado el ofrecerle a las personas de Cabín atención cercana a sus domicilios y por el otro descomprimir la demanda en el CMA “El gurí” revirtiendo el colapso del servicio. En palabras del candidato, se trataba de la proyección de un sistema de salud “que en Pérez no existe”.

El Secretario de Salud también nos comentaba que ellos como gestión municipal presentaron al Ministerio de Salud de la Provincia un proyecto superador que implicaba prolongar el horario de atención de la provincia hasta las 19 hs y construir una guardia en otro edificio también en el barrio Cabín 9. Dicha idea, que según el funcionario estaba avanzada quedó trunca por el cambio de las autoridades del Ministerio de Salud dentro de la misma gestión política⁹⁴.

En relación a la necesidad de dar respuestas de mediana y/o alta complejidad, en la entrevista realizada al Secretario de Salud de la ciudad menciona que fueron muchos los intentos de su gestión – que en

⁹³ En el Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030” (2017) se señala que Pérez muestra un crecimiento intercensal entre el año 1991 y 2010 del 32,4% (p.95).

⁹⁴ Esta propuesta aparece mencionada en el Informe Final del Plan estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030” (2017) dentro del apartado de Acción Pública en barrios vulnerables: “**Centro de Salud - Ministerio de Salud – Prov. De Santa Fe:** Etapa de gestión con la provincia para construir uno de los prototipos de centro de salud de la provincia. Se trabajaría de forma integral con el proyecto de Delegación Municipal C9”. (p. 106).

2019 resultó reelegida para el período 2020-2023- para lograr poner nuevamente en funcionamiento la parte de internación del Instituto Médico Pérez y aumentar las ofertas de salud de la ciudad, partiendo del reconocimiento de una situación deficitaria. Ante la pregunta por las iniciativas concretas vinculadas a la reutilización del Instituto Médico Pérez, el mismo funcionario manifestó que se vienen pensando alternativas desde hace varios años:

PE: si, hace como 3 o 4 años que estamos hablando tanto con los dueños, como con la provincia, con el Ministerio... hubo una idea de hacer un híbrido que sería una parte pública y privada, era poner gran parte del personal que está trabajando hoy acá, era ponerlo allá... Le habíamos buscado la vuelta, teníamos más o menos los precios cerrados, en ese momento cambió el Ministerio de Salud [...] ahí se nos frenó todo...ahí se nos murió todo... una lástima, pero bueno... son etapas, yo creo que ahora con el cambio de Gobierno [refiriéndose al cambio de las autoridades provinciales que pertenecen al mismo partido político que el de la ciudad de Pérez] a lo mejor tenemos un poco más de simpatía y llegada y lo podemos reflotar. (Registros de campo, 2019)

El Informe Final del Plan Estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030” (2017) en el apartado correspondiente a las propuestas - dentro de la línea de actuación “Integración social y Territorial” (Cohesión social) y específicamente en el ítem “Red de equipamientos de calidad” – contempla como proyectos:

“Efectores de salud de primer y segundo nivel. Se propone la construcción un efector público de primer nivel (Centros de Salud), encargado de garantizar la salud territorializada, funcionando como espacio de proximidad al vecino. Y la construcción de un efector de segundo nivel- Hospital de mediana complejidad, con camas de internación, que pueda prestar el servicio a la ciudad de Pérez y a localidades linderas (Zaballa y Soldini). (p. 162-163).

Por otro lado desde el municipio han existido intentos de que sea la provincia quien se haga cargo de este efector también, como lo hace con el Nro. 21 de Cabín 9. Una de las personas entrevistada nos comentaba en el contexto de la conversación sobre el nacimiento del CMDS “EL Gurí”:

PE: Por eso también es municipal, y la provincia... al tener el centro de salud municipal, tampoco acá se... la provincia no mete... no pone plata... porque como es municipal, o sea, ahí hay toda una cuestión también institucional... Y eso yo sé que se ges... se intentó gestionar muchas veces, eh? Por lo menos del parte del [Secretario de salud]... Eh...

E: Y no?

PE: Y no... no, no, no... y porque es hacerse cargo, realmente, es tomar... es hacerse, de que la salud... eh... es plata. Es mucha plata. Yo no sé ahora el porcentaje del presupuesto municipal, pero... entre... o sea, se lleva una... una buena parte de la torta del presupuesto se lo lleva salud...

(Registros de campo, 2019)

Esta interpelación permanente al estado provincial aparece también en el discurso del Secretario de Salud:

(...) la gran demanda que hay, o sea, aparte nosotros al ser municipal... la tenemos que invertir nosotros... No somos un SAMCo que por ahí la provincia le pone guita... Nosotros al ser municipal lo hacemos todo nosotros con la muni... ni hablar que se está haciendo cargo... acá se prestan alrededor de 6000 a 7000 prestaciones mensuales... me entendés? entre guardias, consultorio externo, radiografía, traslado, que se yo, ecografía... no sé, todo... Son entre 6000 y 7000 prestaciones mensuales. Son un montón, entendés? Y la verdad que la muni le está poniendo, le está poniendo el pecho, siempre sabiendo que nos estamos quedando cortos, siempre. (Registros de campo, 2019)

3.2 Algunas reflexiones sobre la configuración del sistema de salud de la ciudad

Al analizar los servicios que componen la oferta de salud de la ciudad de Pérez lo que observamos es que los subsistemas privado y de obras sociales no están cubriendo la oferta necesaria para sus afiliadas/os, es decir que existen ciertas prestaciones de salud que se ofrecen únicamente desde lo público o directamente no se ofrecen (nos referimos por ejemplo a efectores de segundo nivel de complejidad, a la existencia de una guardia pediátrica, entre otros). En este sentido, sucede lo que se expresa en la publicación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) y es que la concentración de la oferta, especialmente del subsistema privado, se da en aquellos lugares en donde está garantizada la demanda, como por ejemplo en la ciudad de Rosario. En esa misma publicación afirman que “la ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de la política sanitaria” (PNUD, 2011:8) Esta caracterización aplica de modo contundente a la situación de la ciudad de Pérez. A lo que se agrega también las dificultades en la articulación del propio subsector público. En este caso la situación se suele complejizar por la dependencia provincial de uno de los efectores y la “poca injerencia” que tiene la gestión municipal con respecto a las prestaciones y formas de funcionamiento del CDS Nro. 21 en Cabán 9.

Hay otra cuestión que nos interesa analizar y tiene que ver con el modo en que la carencia de efectores privados se combina con un discurso socialmente legitimado que sostiene que “lo público es para el que no tiene otra cosa”. Ya hemos dado cuenta de que la configuración de los subsistemas fragmentados en nuestro país ha contribuido a consolidar este discurso, aunque al mismo tiempo, y como también mencionamos, el sector público de nuestro país tiene a toda la población como potencial usuaria del mismo. Incluso señalan en la publicación del PNUD (2011) que nuestro sistema “está asentado sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de

aseguramiento social o privado” (PNUD, 2011, p.22). Pero entonces ¿qué sucede cuando una persona que dispone de cobertura pero no está pudiendo acceder a la atención (por falta de efectores, por funcionamiento deficitario, o por cualquier otra razón) demanda atención en el sector público, y especialmente en el que nos propusimos investigar nosotros, el CMDS?

Como observamos en nuestros registros de campo, el discurso de que lo público “es solo para el que no tiene otra cosa” convive en tensión con otra premisa, vinculada a esta idea que mencionamos en el párrafo anterior: “la atención no se le niega a nadie”. No obstante, en diversas situaciones esta segunda afirmación no se hace carne en las prácticas del CMDS, especialmente –aunque no siempre- cuando los servicios no logran dar respuesta a las demandas de atención. A modo de ejemplo, recuperaremos un fragmento de una entrevista con una de las trabajadoras del CMDS, realizada en el mes de junio de 2019:

PE: por ejemplo, las chicas... yo sé que... por ejemplo las chicas de administración, que hacen? Si tiene obra social... le tiran el turno a... noviembre... [se ríe]

E: Claro...

PE: Y bueno, si llegás a noviembre... llega...

E: Ese sería el mecanismo de filtro

(Registros de campo, 2019).

Esta idea coincide con la expresada anteriormente por el Secretario de Salud al señalar que “en el centro la gente tiene obra social y no lo necesita tanto”, justificando de este modo la propuesta de descentralizar la parte de consultorios del Gurí. Sin embargo, allí se contradice con otras de sus propias afirmaciones que hablan de un uso de los servicios de parte de las personas que tienen cobertura. Recordemos también que en la encuesta realizada por el propio CMDS en 2017 alrededor de un 30% de quienes la habían respondido indicaron tener cobertura en los otros subsistemas. De este modo, tener obra social aparecería como obstáculo considerable para hacer uso de los servicios del CMDS, exceptuando la guardia de 24 hs. Retomamos esta cuestión en el cuarto capítulo para pensarla en relación con la dimensión simbólica de la accesibilidad.

Por otro lado, nos parece también necesario señalar que si bien de parte del funcionario de salud no deja de apelarse a la necesidad de más aportes del gobierno provincial, se apuesta o mejor dicho se plantea como “deber ser” que el exceso de demanda debería ser cubierto por los subsistemas privado y de obras sociales o seguridad social. Lo que queremos decir es que en las personas que entrevistamos eso “deficitario” no se vincula fundamentalmente a la necesidad de “robustecer” lo público sino principalmente en garantizar

que un privado responda a las demandas de quienes tienen obra social, lo que es totalmente coherente con la conformación tripartita o de tres subsistemas que tiene el “sistema de salud” en Argentina.⁹⁵

Es importante también recuperar de lo planteado anteriormente, las complicaciones vinculadas a la ausencia de efectores de segundo nivel en la ciudad, que resultan fundamentales para el abordaje de las situaciones de crisis relacionadas a uso de sustancias. Dichas complicaciones no solo tienen que ver con la necesidad de acudir a la ciudad de Rosario, sino que en la mayoría de los casos desde el Hospital al que corresponde realizar las derivaciones se niega la recepción de las personas, si se trata de casos de consumos de drogas. Esto también es retomado cuando analizamos los procesos de atención para usos de sustancias que se inician en el CMDS y en el CEMAP.

Lo desarrollado en este apartado, nos permitió tener un panorama general de la configuración de la oferta de salud en Pérez. En este sentido, una de las principales consecuencias de este estado de situación, tiene que ver con una demanda que no logra ser satisfecha en su totalidad ni por los efectores privados ni por el otro CDS y que se focaliza especialmente sobre el CMDS. A su vez desde este lugar no siempre resulta posible ofrecer una asistencia oportuna. Avanzamos en el próximo capítulo hacia el análisis de los procesos de atención del CMDS.

⁹⁵ De hecho en el contexto de la Pandemia de COVID-19 se iniciaron las obras en dicho edificio anunciando que allí funcionará el Hospital Municipal, que de acuerdo a conversaciones informales tendría las características de un Hospital de autogestión, facturando a las obras sociales o prepagas de aquellos que vayan a atenderse teniendo cobertura de salud.

Capítulo 4

4. El análisis de los procesos de atención

Cuando se llega a un lugar como un centro de salud que posee treinta trabajadores, por ejemplo, estamos frente a una dinámica profundamente compleja si consideramos el conjunto de los autogobiernos, el juego de intereses organizados como fuerzas sociales que actúan en la micropolítica del proceso de trabajo, cotidianamente y las “cabezas” presentes en ese escenario. En rigor de verdad, basta la existencia de dos personas, en un acto de producción y consumo en salud, para que esta situación se torne altamente compleja, en términos de los distintos procesos instituyentes e instituidos que operan en este espacio.

(Merhy, 2016, p.45)

Este capítulo está destinado al análisis de los procesos de atención vinculados a los usos problemáticos de sustancias en el CMDS “El Gurí” (incluyendo también el CEMAP). Para llevarlo a cabo inicialmente nos guiamos con una de las herramientas que ofrece Merhy (2016), el “flujograma analizador del modelo de atención de un servicio de salud”. El flujograma es un diagrama que da cuenta del modo de organización de un conjunto de procesos de trabajo vinculados entre sí en torno de una cierta cadena de producción. Se trata para Merhy (2016)

de una manera de observar un servicio de salud que permita percibir algunas situaciones y caracterizaciones importantes sobre el ‘hacer salud’, y que, permita reflexionar sobre cómo es el trabajo diario de los servicios, quién trabaja y cómo lo hace, para qué, por qué, y para quién trabaja, etcétera (p. 21).

El “flujograma- resumen” se ajusta a cualquier servicio asistencial de salud y esquematiza lo que allí sucede con una secuencia que comprende: entrada (z +100)⁹⁶, recepción (100) decisión (sí/no), menú de ofertas y salida. De este modo, reconocimos distintos circuitos posibles del proceso de atención (dependiendo del lugar por el que se ingrese, el horario, la situación, entre otras posibilidades) y fuimos identificando aspectos que nos resultaban sustanciales para caracterizar la accesibilidad de las/os usuarios/as a los servicios. Esos aspectos reconocidos en las distintas etapas del proceso de atención, se analizaron recuperando las dimensiones de la accesibilidad que establecimos en el primer capítulo: dimensión material (incluye también el aspecto económico y geográfico o territorial), la dimensión organizacional y la dimensión simbólica (que contempla específicamente un aspecto ligado a lo vincular y otro relacionado con la configuración simbólica del

⁹⁶ En lo que tiene que ver con la “entrada” con el número 100 el autor representa a las 100 personas que efectivamente ingresan al CMDS y propone analizar los modos en que esa recepción se da; y con la Z lo que intenta mostrar es que “hay personas que, o llegan y no esperan a entrar o, por ‘experiencia’, ni van al servicio porque saben que no vale la pena, pues no serán atendidas” (p.23). En relación a esta “Z” en nuestra investigación nos focalizamos en lo que sucede dentro del servicio, es decir analizamos qué aspectos de la configuración de los servicios pueden condicionar la llegada de usuarias/os que necesitan atención.

espacio)⁹⁷. Recordamos que dichas dimensiones son el modo que elegimos para operacionalizar o volver abordable la noción de accesibilidad. En este sentido, pueden ser pensadas en clave de obstáculos o facilitadores en relación al uso de los servicios, lo que no significa que linealmente sean una cosa o la otra. Pese a que nuestro análisis se focalizó en cuestiones que puedan desalentar el acceso o permanencia en el servicio, nuestro desafío es mostrar matices, tensiones, y escapar a las simplificaciones.

Si bien el foco de interés lo constituye la accesibilidad para usuarias/os que asisten por usos problemáticos de sustancias analizamos también cuestiones que pueden afectar el uso del conjunto de usuarias y usuarias del CMDS dado que no se trata para nosotras de procesos desvinculados y forman parte de un mismo proceso de atención. La experiencia en el uso del servicio de salud por un determinado problema, por ejemplo, puede condicionar – sea positiva o negativamente- los próximos acercamientos por otras necesidades, incluso la posibilidad de alentar o desalentar que otras personas asistan.

Comenzamos por analizar el momento de la entrada al servicio, que es único que se presenta de modo separado en el escrito. Luego, el resto del proceso de atención (recepción, decisión, menú de ofertas y salida) se va desarrollando en relación a cuál ha sido el lugar de inicio de la atención: la guardia nocturna en fines de semana, la mesa de entrada principal y el CEMAP. Este capítulo se centra en el análisis fundamentalmente de estos tres espacios, considerando las posibles derivaciones y relaciones entre ellos así como con el resto de espacios y/o prestaciones del CMDS.

Es importante considerar que esta exposición del análisis que va combinando la presentación de distintos momentos y lugares de la atención y los piensa desde las dimensiones de la accesibilidad propuestas, no es más que un ejercicio por el cual descomponemos o desarticulamos el proceso como totalidad para entender, interpretar, interrogar lo que hemos observado, pero no perdemos de vista que estos aspectos que intentamos separar y sobre los que nos vamos desplazando se encuentran procesualmente unidos.

4.1. Entrada al servicio

Para abordar esta primera instancia del flujograma, Merhy (2016) sugiere analizar “el movimiento que se produce en un día en la ‘puerta’ de una determinada unidad de salud, por el que algunos de los usuarios llegan a la etapa de recepción [de su demanda de salud] mientras otros no” (p. 23). Con el objetivo de reconocer si en este momento inicial podría presentarse algún tipo de barrera u obstáculo para el acceso inicial, o si al contrario este se daba de modo sencillo, observamos lo que sucedía en el CMDS. De esta manera, nos encontramos con varias personas pidiendo a otras, conocidas o desconocidas, referencias sobre a dónde

⁹⁷ Dimensiones explicadas en las páginas 35 a 38 de este escrito.

dirigirse para acceder a las prestaciones que necesitaban, así como dudas y consultas permanentes al personal administrativo en el mismo sentido.

Decidimos entonces analizar los modos en que se señalizaban los lugares y las referencias que se usaban para orientar o guiar las prácticas de las personas, considerando como señala Graziano (2017) que “el espacio se revela como un indicador de representaciones sobre las posiciones sociales y también de poder entre los actores” (p. 67). Para ello recuperamos y ampliamos las descripciones compartidas en el segundo capítulo y las analizamos desde algunos escritos del campo del urbanismo, del diseño gráfico, de la comunicación, y de la sociología.

Nos ubicamos en la situación de un/a usuario/a que se acerca al servicio por primera vez, es decir que no tiene la experiencia del uso cotidiano del efector. Para ello practicamos el conocido ejercicio de extrañamiento antropológico⁹⁸, dado que además de la experiencia laboral en el 2014 y en el 2017 y del desarrollo de nuestro trabajo de campo en 2019, también conocíamos ese lugar como usuarias de los servicios.

Las mesas de entrada

Como mencionamos anteriormente al CMDS se puede acceder desde tres lugares distintos, sin embargo solo una de las tres entradas indica específicamente que en ese lugar funciona el Centro Municipal de Salud “El Guri”. Las otras dos entradas tienen el cartel de GUARDIA DE URGENCIAS y de Municipalidad de Pérez respectivamente. Si se realiza el ingreso desde la puerta considera principal (por calle Rivadavia) se accede a una mesa de entrada visible que tiene atención en el horario completo del centro. En ese lugar suelen concentrarse las personas en busca de orientación y desde allí les indican - más adelante analizamos los modos- a dónde dirigirse (recordemos que el panel de información no se encuentra actualizado). Pero si se lo hace por cualquiera de los otros dos accesos no se encuentran – sin recurrir a una persona y en ocasiones aun recurriendo tampoco- referencias claras sobre los servicios que se prestan. Al hablar de referencias pensamos especialmente en señalizaciones.

La otra mesa de entrada ubicada en forma contigua al ingreso por “la ruta”, en la que se gestionan varios tipos de turnos, no tiene un cartel que la identifique y de hecho se confunde con la oficina del Secretario de Salud dado que tiene su nombre. Es posible deducir que está allí luego de leer una serie de carteles colocados en la puerta contigua que sí corresponde a la oficina que comparten el Secretario de Salud con el Director del CMDS. En dicha puerta - intentando que no se la golpee – se encuentran los carteles que dirigen a las personas hacia la puerta de al lado indicando que esa es la mesa de entrada. Además como mencionamos

⁹⁸ Como señala Gustavo Lins Ribeiro (2007) al estudiar “su” propia sociedad el antropólogo busca (...) convertir lo familiar en exótico, usando –por principio y por racionalización metodológica– una posición de extrañamiento (p. 195) Es la operación inversa a lo que hacía en los inicios de la disciplina, cuando no participaba como nativo en las prácticas sociales de las poblaciones que estudiaba.

en la descripción, estos dos espacios se encuentran en un pasillo en el que no se dispone de condiciones para esperar con mínima comodidad (ausencia de sillas).

El CEMAP

En el caso del CEMAP - referenciado por quienes trabajan en el CMDS como “arriba”- se encuentra señalado por un cartel pequeño en tamaño A4 que puede leerse cuando la puerta que conduce a la escalera se encuentra abierta. A este lugar no puede ingresarse de ningún otro modo, por lo que no es accesible para las personas con movilidad reducida. Pese a esta limitación que consideramos muy importante, al ser este “arriba” la única opción posible ya que no hay en CMDS otra construcción en la planta alta, es menos confuso de ubicar que otras partes del lugar.

La guardia

La guardia de 24 hs, a la que se llega en forma relativamente directa si se ingresa por el portón -ya que se encuentra al fondo del mismo-, cuenta dentro de la sala de espera con un espacio de recepción visible. En dicha sala colocaron una cámara de seguridad que es revisada ante alguna situación de conflicto por el Director del CMDS. Ahora bien, desde las 18 hs todos los días y durante todo el día los fines de semana existe una barrera física (y humana) concreta que atravesar: el portón cerrado y el sereno que administra las entradas y salidas⁹⁹. Durante una observación nocturna en la guardia, uno de los médicos celebra la decisión (creemos que fue en el año 2014) de poner un portón cuya apertura regula el portero –sereno- (que existía desde hace años), ya que gracias a eso “estaba mucho más tranquilo [...] eso frena mucho porque antes entraba todo el mundo” (Registros de campo, 2019)¹⁰⁰.

Análisis de la configuración espacial y señalizaciones

Nos interesa hacer algunas consideraciones sobre la importancia de las señalizaciones, especialmente para la recepción de la demanda espontánea. Mora et al. (2014) recuperan investigaciones desarrolladas en hospitales de Chile que han dado cuenta de que debido a problemas de señalización en estos lugares una de cada seis personas camina al menos el doble de lo que debería haber caminado para llegar a su destino. Esto tiene implicancias no solo vinculadas al tiempo destinado por parte de usuarias/os a la atención de la salud -sobre las que nos detendremos luego-, sino que, como señalan estos mismos autores -recuperando resultados de otras investigaciones -“la capacidad de ‘encontrar el camino’ en forma efectiva en hospitales se traduce en una reducción del estrés y frustración en los visitantes y una mayor confianza en la labor hospitalaria.”(p. 2).

⁹⁹ Si bien hay un portero/sereno las 24 hs mientras el portón permanece abierto este no administra las entradas y salidas, suele estar allí y a veces responde a pedidos de indicaciones.

¹⁰⁰ Esto lo afirma en una conversación informal que sostiene con el policía que oficia de recepcionista y nosotras.

Retomando lo observado en nuestro trabajo de campo consideramos importante reparar en otro tipo de efectos de la situación descripta. Hablamos del desgaste que en las empleadas administrativas genera el dar indicaciones permanentes referidas a los espacios: “allá, sobre la ruta... (...) donde era la municipalidad vieja (...) allá adelante (...) allá por Rivadavia (...) Se ubica? Acá... saliendo... saliendo por la guardia.... (...) la puertita de al lado... que tiene el toldito... (...) yo le digo administración allá adelante (Registros de campo, 2019). Mora et al. (2014) analizan el impacto que el dar estas indicaciones tiene en dos sentidos: las horas de trabajo dedicadas por el personal a esa tarea y la capacidad real que estas personas tienen para orientar a terceras/os, donde la información transmitida puede no ser clara e inducir a más errores de orientación. En el apartado que se ocupa de analizar el proceso de recepción, y primera respuesta, realizaremos algunas consideraciones específicas sobre este impacto que mencionamos.

Señalizaciones ¿cuántas, cuáles, dónde, con qué mensajes?...

Respecto a la cantidad y tipos de señalizaciones, encontramos que en el caso del CMDS la mayoría de las ellas, cuando existen están colocadas en las puertas de modo informal: escritas a mano en su mayoría, algunas impresas, en papeles o plásticos de distintos tipos y tamaños, superpuestas entre sí. Recuperando la expresión el diseñador Shakespear, podemos decir que nos encontramos con una “epidemia de cartelitos” precarios. Así fue como este profesional caracterizó al sistema de transporte subterráneo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires previo a su rediseño y propuso reemplazarlos siguiendo dos principios fundamentales de la señalización: “las señales deben ser fáciles de encontrar, y su ubicación debe ser predecible [también] deben ser atemporales y actuar como si siempre hubiesen estado allí” (Wolke, S/F)

Ahora bien cuando analizamos el contenido de los carteles predominaban más recomendaciones sobre qué no hacer que sobre los servicios o el modo de acceder a ser atendido/a. A lo largo de las puertas y paredes del CMSD encontramos mensajes como “NO GOLPEE/ GOLPEE Y ESPERE / GOLPEE Y ESPERE, ESTAMOS EN ENTREVISTA/ GOLPEE Y ESPERE SER ATENDIDO/ INGRESOS SOLO PERSONAL AUTORIZADO/ DISCULPE LAS MOLESTIAS/ POR FAVOR NO GOLPEAR!! ANUNCIARSE EN ADMINITRACIÓN/ NO ES GUARDIA/ LECHE SOLO POR LA MAÑANA. Martes y Jueves de 9 a 12 hs/ PROHIBIDO INGRESAR CON EL TORSO DESCUBIERTO O PANTALÓN CORTO” que, parecerían tener más la función de impedir que las personas pasen o que llamen de forma insistente, que la de brindar información clara y alojar las demandas que puedan surgir. “Esperar” y “NO” son las palabras que más se repetían.

De este modo comenzamos a preguntarnos y a bosquejar posibles razones que den cuenta de lo que observamos, ¿podemos encontrar en esta referencias pocos precisas -al derivar a las personas de un lugar al otro- un intento del personal por desalentar la demanda, o se trata simplemente de la cristalización de procesos de trabajo deficientes, generados sin que alguien se haya detenido a pensarlos? Nos preguntamos lo

mismo en relación a esta “epidemia de carteles”, si responde a contingencias administrativas, a cambios permanentes en las dinámicas de atención, a una demanda que excede la capacidad de respuesta y se intenta frenar con estos mensajes, si tiene que ver con cuestiones presupuestarias que impiden pensar en otros soportes, en otras señalizaciones, o pueden ser signos también de la precariedad de los procesos de trabajo que mencionamos antes.

La premisa de la “atemporalidad” y “previsibilidad” de las señalizaciones que no sucede en el CMSD, la necesidad de preguntar permanentemente dónde queda un lugar, las referencias poco claras pueden encontrar en los planteos Auyero (2013) un sentido o explicación más profunda que la falta de recursos o insumos para atender estas cuestiones –algo que tampoco subestimamos-. La población que mayoritariamente acude al centro de salud pertenece a las clases expuestas a mayores situaciones de vulneración social¹⁰¹¹⁰², por lo que recuperamos el análisis de este autor para analizar lo que sucede en el CMDS. Auyero realiza una de sus investigaciones en distintos lugares de espera entendiéndolos como una oportunidad para analizar lo que él llama el ejercicio cotidiano de la negación de derechos (p. 23). La ausencia de indicaciones precisas sobre cómo realizar un trámite, las salas de espera y “pasillos incómodos”¹⁰³, la incertidumbre, operan como formas de dominación hacia “los pobres” por parte del Estado. La cuestión de clase es una de las variables centrales que propone Auyero para observar en el acto de la espera una intervención de subordinación. Este autor denomina a estas formas como “los tentáculos invisibles” del Estado en su afán de control social, ya que se presentan de modos mucho más blandos y sutiles que las otras dos prácticas definidas por el autor como “puños visibles” y “patadas clandestinas”¹⁰⁴. Para Auyero estas configuraciones de ningún modo se piensan como el resultado de un plan deliberado o maestro diseñado de antemano por las autoridades o trabajadoras/es del Estado, sino que se trata de una “estrategia (de dominación) sin estratega” (Bourdieu y Wacquant, 1992 en Auyero, 2013, p. 25), una serie de procesos que se fusionan y moldean comportamientos.

¹⁰¹ Retomamos de Castel (1997) esta idea de vulneración social ya que no son poblaciones naturalmente vulnerables, sino que sus derechos han sido vulnerados.

¹⁰² En otro pasaje de la investigación trabajamos sobre la idea de que es esta población la única usuaria legítima de los servicios de salud en cuestión.

¹⁰³ Auyero nos habla de situaciones que configuran “una indignidad de la espera” (p.103).

¹⁰⁴ Con “puños visibles” el autor se refiere al endurecimiento del poder estatal contra los pobres, específicamente a través de sus agentes de seguridad. Señala, entre otros fenómenos la represión estatal de la protesta de los movimientos sociales de los sectores pobres (con fluctuaciones a lo largos de los años) y se refiere también al recrudecimiento de la violencia policial, el aumento de la población carcelaria y la ocupación militar (especialmente por la Gendarmería Nacional) de barrios pobres. Con “patadas clandestinas” hace referencia a ciertos modos de funcionamiento del Estado en las que este se asemeja a las operaciones encubiertas de un Estado dictatorial. En este caso, cita como ejemplo la creación de la Unidad de Control del Espacio Público (UCEP) por parte del gobierno de la ciudad de Buenos Aires (conocidos informalmente como “los tiburones”) que realizan desalojos violentos y operan con características similares a los grupos de operaciones (patotas) de la última dictadura militar. Para “lograr” los desalojos utilizan métodos violentos fuera de la ley.

Las distintas cuestiones que relevamos en el CMDS (mensajes que naturalizan la espera, ausencia de indicaciones claras y en algunos casos de condiciones cómodas de espera) pueden estar dando cuenta de ciertos presupuestos que operan en quienes lo gestionan: que el otro va a esperar porque no tiene otra alternativa, que lo que pasa antes del momento del acto específico de salud (acto médico) no es de competencia del profesional ni le concierne; que el tiempo de quien espera no es valioso y el del profesional sí; que no se trata de un ejercicio de cumplimiento de los derechos del otro/a o de un servicio público en función de derechos sino de una gracia otorgada por un soberano. En este sentido operaría el *habitus* de clase pero enlazado a un *habitus* profesional, subalternizando a la población usuaria a la que no se reconoce como derecho habiente¹⁰⁵. También podemos pensar que estos mensajes disuasivos constituyen una estrategia ante la incapacidad de responder a las demandas de atención, donde sólo se quede el/la que se vea muy necesitado/a de esa prestación y quién no está acuciado/a, se canse y se vaya. En los próximos apartados, profundizamos sobre estas cuestiones, dado que en otras etapas de proceso de atención encontramos interacciones entre trabajadores/as y usuarias/os que nos brindan más elementos para pensar en estos presupuestos que mencionamos anteriormente.

No obstante, es importante considerar que en el caso específico del CEMAP si bien está presente la consigna de esperar, los carteles se muestran más amigables. La sala de estar, por ejemplo, está señalizada con una pintura hecha por una persona usuaria del espacio y adentro del salón nos encontramos con un mural, realizado también por usuaria/os. Encontramos también algunos carteles que se hicieron en el marco de la campaña acompañe no castigue y otras producciones son parte del paisaje de la sala de estar.

En este sentido, quizás sea necesario recuperar aquella idea que esbozamos en las orientaciones teórico- metodológicas, referida a la noción del Estado como palimpsesto¹⁰⁶ (Miguez y González, 2003) considerando que cuando abordamos sus instituciones concretas más que con lógicas uniformes nos encontramos con prácticas heterogéneas y contradictorias, susceptibles de ser racionalizadas en una interpretación, pero no racionales en su procedimiento formativo.

En conclusión encontramos en la configuración del espacio del CMDS aspectos que potencian la incertidumbre y condicionan la autonomía a la hora de recorrer las instalaciones. También hallamos en el modo en que se distribuyen espacialmente las prestaciones y en los heterogéneos mecanismos de acceso a ellas posibles barreras, pero que decidimos abordar más adelante. Sin embargo, de acuerdo a lo desarrollado

¹⁰⁵ Resulta pertinente recuperar aquí la noción paciencia (extensible a pacientes) que cita Auyero, de la RAE. Paciencia como “la capacidad de padecer o soportar algo sin alterarse (...) sufrir, soportar” (Auyero, p. 24)

¹⁰⁶ Estos autores dan cuenta en su análisis de que los comportamientos caóticos y los aspectos contradictorios son los que prevalecen en la institución que analizan, y los vinculan a la superposición de distintas culturas institucionales, resabios de políticas diversas, diferentes generaciones de actores institucionales, que se encuentran tanto en conflicto entre sí como con los cambios que la sociedad experimenta, conformando un “palimpsesto” organizacional (Miguez y González, 2003).

hasta el momento no encontramos, alguna desventaja que opere especialmente sobre posibles usuarias/os de sustancias- en relación a la configuración espacial y a las señalizaciones. En el caso del CEMAP como lugar específico para pedir asesoramiento, encontramos la limitación referida en el acceso por la escalera – cuestión no menor para quienes no pueden subirla- y que no se encuentra bien señalizado. Sin embargo, comparado con la información de los otros espacios y pese a un aspecto un tanto deteriorado –sobre todo en las paredes que acompañan a la escalera- el espacio del CEMAP, como ya mencionamos se presenta como más amigable que el resto, o lo que es más importante da cuenta de una apropiación de las/os usuarias/os de ese espacio. Ahora bien, como vemos luego, las personas que van a consultar preocupadas por un consumo no necesariamente se acercan al CEMAP sino que pueden hacerlo en otros lugares del CMDS.

4.2 Recepción, momento de decisión, menú de ofertas y salida

“Poder aprovechar la espontaneidad de una persona, que es un momento milagroso, clave”

Silvia Inchaurreaga

en “Que el narco no te tape el bosque” (2019)

En el capítulo 2 describimos los servicios disponibles vinculados a los consumos problemáticos de sustancias en el CMDS “El Gurí”. Aquí analizamos aspectos que tienen que ver con la recepción y las respuestas que se le ofrece a una persona que llega hasta el CMDS a solicitar atención ya sea por un consumo propio o por el de una tercera persona con la que tenga un vínculo. En el apartado anterior nos detuvimos en algunas cuestiones ligadas a la configuración del espacio del CMDS (por dónde entrar, cómo ubicarse, a dónde ir, qué mensajes se ofrecen –cuán amigables, repulsivos, imperativos, claros, confusos son) y ahora queremos abordar las interacciones que tienen lugar en el CMDS y que suceden en los distintos momentos de la atención.

Observamos las distintas formas de recepción del CMDS considerando quién hace este trabajo, en qué momento, de qué modo lo realiza, partiendo de la premisa de que “los distintos modos de recepción se constituyen en procesos de trabajo diferentes” (Merhy, 2016, p.24). Luego de ese momento de la recepción, tiene lugar el de la decisión. Como señala Mherly (2016)

los que llegaron a la recepción van a ser interrogados sobre qué los llevó al servicio y, luego de esta `pesquisa` el trabajador que los recibirá va a `decidir` hacia dónde derivarlos. Decide si va a mandarlos a la próxima etapa del proceso de trabajo a ser realizado dentro del propio servicio (...) o si los derivará hacia otro servicio, o si simplemente negará cualquier alternativa de asistencia. (p. 25)

En caso de que se niegue cualquier alternativa de asistencia, eso implica la salida del/de la usuario/a del servicio. De lo contrario, se despliega (si es que existe más de una opción) lo que llamamos “Menú de Ofertas”, es decir distintas alternativas para responder a la demanda de atención. En relación al momento de salida, es importante relevar si las personas se van del servicio considerando que su demanda ha obtenido una respuesta, o si lo hacen porque sienten que no han recibido alternativas viables; o si salen porque son derivadas a otros servicios, entre otras. Tener en cuenta los distintos modos en que esa salida ocurre es uno de los modos principales para

analizar la propia `adecuabilidad` del proceso a lo que el usuario solicita y a la capacidad de actuar (...) permitirá formular las preguntas claves sobre un servicio, desde el punto de vista de un determinado modelo de atención: qué se produce, cómo se produce, por quién, para qué, para quiénes, etcétera. (Merhy, 2016, p. 27)

Como se desprende de la descripción de los servicios vinculados al uso de sustancias (Capítulo 2), quiénes sean efectivamente las personas que reciban a las/os usuarias/os y desplieguen o no un cierto menú de ofertas depende de varias cuestiones, pero el día y los horarios en que estas consultas puedan llegar nos ofrecen una diferenciación significativa, que pasamos a considerar.

Comenzamos por el proceso de atención cuando se inicia desde la guardia, luego cuando se hace desde la mesa de entrada principal (que puede ser un espacio al que se recurra más allá del momento inicial de la atención) y finalmente cuando se hace desde el CEMAP. Dedicamos mayor extensión al análisis del CEMAP, no solo porque puede ser tanto el lugar donde se inicie el proceso de atención como parte del Menú de Ofertas de otros espacios del CMDS sino porque es el más importante en relación a nuestro problema de investigación.

No tuvimos ocasión de observar en nuestro trabajo de campo la llegada de una demanda espontánea de atención por uso de sustancias. Sin embargo a partir de nuestra inserción laboral en la institución de la ciudad de Rosario, pudimos acceder a algunas experiencias que recuperaron ese primer momento y además abordamos este tema en todas las entrevistas y observaciones realizadas, donde nos relataron distintas situaciones. Sí pudimos presenciar distintas prácticas de negación de atención, así como actitudes que llamamos “rechazantes¹⁰⁷ o expulsivas” y que analizaremos más adelante.

A los fines de avanzar en la concreción de los objetivos de esta investigación es preciso considerar que muchos aspectos que nos resultaban interesantes quedaron fuera de este escrito, por necesidad de economía

¹⁰⁷ Vázquez y Romaní (2012) hablan de prácticas rechazantes cuando analizan las representaciones sobre las/os usuarias/os de drogas de los trabajadores de un servicio de salud. Encuentran que si bien no existe un rechazo explícito hacia las personas por su condición de “drogadependientes” si identifican un conjunto de operaciones o la ausencia de ellas que producen efectos de rechazo.

expositiva, por tanto sólo recuperamos, describimos y analizamos algunas de las situaciones o experiencias donde se hacen explícitas estas formas de cuidado o descuido.

4.2.1 La guardia nocturna y en fines de semana

Vos no podés tener todos los fines de semana cuatro, cinco tipos drogados. Algún día se va a morir alguno, y te van a hacer un quilombo los que están ahí que ni te imaginás.

Porque no vienen solos, vienen en bandada.

¿O vos te creés que el portón que pusimos ahí adelante, que lo enrejamos, por qué es?

A propósito...

Entrevista al Secretario de Salud (2011-2015), 2014.

La guardia durante el horario nocturno, y especialmente los fines de semana¹⁰⁸ constituye el principal lugar de ingreso al sistema de salud de situaciones de crisis vinculadas a consumos problemáticos de sustancias. Estas situaciones son definidas por las/os profesionales como “excitación psicomotriz por consumo problemático/ intoxicaciones por consumo de sustancias/ crisis subjetivas por consumo agudo”. Es importante mencionar que siempre que se relatan situaciones vinculadas al consumo en la guardia se refieren a varones y mayoritariamente de varones jóvenes. El análisis que realizamos de los registros de situaciones atendidas indica que un 87% de las consultas fueron de varones y un 13% de mujeres. En cuanto a las edades que figuraban en los registros un 13% tiene entre 15 y 16 años, un 83% entre 18 y 34 años y un 4% más de 50 años.

El mecanismo establecido supone que ante una demanda de atención por este tipo de situación el personal de la guardia -enfermeras/os y médico/as (sin especialidad)- debe asistir con las herramientas disponibles. En aquellos casos en que se consideren necesario otro tipo de abordaje en el momento (denominado por las/os profesionales como “especializado”), se realiza la derivación a un efector privado de Rosario si la persona tiene obra social o prepaga y de lo contrario al Hospital Del Centenario la ciudad de Rosario. Pero en cualquiera de los dos casos el personal debe completar una planilla donde quedan los datos de la persona y de un familiar (en general es que lo/la acompaña) para que el CEMAP pueda contactarse y asesorarlas/os sobre posibles trayectos terapéuticos. No les consultan a las personas si quieren ser contactadas, directamente toman la información y la vuelcan en las planillas (solo en dos de ellas encontramos la firma de las/os usuarias/os, en el resto no figura impreso este campo en el formulario). Esto se hace cuando “detectan” o “presumen” una situación de consumo, es decir que en muchos casos las personas no mencionan que están allí por un problema de consumo. De hecho, en algunos registros vimos que el motivo de consulta era herida por una pelea; dolor molar; crisis nerviosa; dolor abdominal, pero en el diagnóstico “presuntivo” se

¹⁰⁸ Es por eso que dentro de las posibles consultas a la guardia, nos referimos solo a aquellas que se dan en estos días y horarios.

menciona: adicción a ansiolíticos, presenta fuerte ingesta de alcohol y otras sustancias, gastritis y consumo de alcohol y otras sustancias, entre otras.

Recordamos que no sólo se deriva allí lo referido a salud mental y consumo problemático sino también lo que el Secretario de Salud llama “situaciones problema”, es decir aquellas que de acuerdo al criterio de las/os profesiones demanden la intervención de la trabajadora social del CMDS (actualmente Coordinadora del Equipo de Salud Mental). En un documento que concentraba la información de las planillas de derivación aparecían mencionadas situaciones de violencia de género, heridas de armas y violencia en general.

La trabajadora social señalaba que la implementación de dicha planilla fue para dar seguimiento de los casos desde el CEMAP, aunque desde el inicio incluyó distintas situaciones, ligadas fundamentalmente a cuestiones del campo de la salud mental, o como lo definen las profesionales en conversaciones informales que sostuvimos “cuestiones que no tuvieran que ver solo con la salud física” (Registros de campo, 2020).

Existen actualmente cuatro ítems dentro de la planilla:

- * Salud mental y/o consumos problemáticos
- * Vulneración de DD.HH de N.N y A.
- * Violencia de Género
- * Vulnerabilidad Social

Las/os profesionales de la guardia en algunos casos marcan a cuál de esas problemáticas corresponde la situación que atendieron en la guardia y en otros no. Durante una de las entrevistas, ante nuestra consulta sobre el tipo de vínculo que sostenían con la guardia, la trabajadora social nos comentaba:

PE: Hoy se trabaja distinto [refiriéndose a los años anteriores y puntualmente a nuestra investigación de 2014]... y en la guardia sigue llegando... la situación sigue llegando, cuando es una emergencia sigue llegando a la guardia... Nada más que ellos tienen un protocolito que le armamos nosotros... para que nos quede registrado, y nosotros cuando, que por lo general es... son los fines de semana... o alguna cuestión alguna noche...

E: O sea, en el día no sucede?

PE: En el día es muy difícil que... aparez... Eh... los menos han aparecido en el día. Aparecen o fines de semana o alguna noche...

E: ajá...

PE: Entonces nosotros al otro día, tomamos ese... ese... que es una planillita con los datos básicos, para poder contactarlos... (Registros de campo, 2019)

Este mecanismo de registro – aunque a veces esté incompleto- constituye para quienes integran el CEMAP un “avance” en relación a la situación del 2014. En ese momento, quienes coordinaban el CMDS no

mantenían contacto alguno con el entonces CEMAPA. Como revelador testimonio podemos mencionar la negativa del Secretario de Salud de ese momento en concretar encuentros de trabajo con quien coordinaba el CEMAPA, a pesar de la constante muestra de interés de parte de ese espacio.

En cuanto a la cantidad de casos que han llegado desde que se implementó, en las carpetas donde se archivan dichas planillas, encontramos diez planillas correspondientes al año 2018 (de las cuales tres corresponden al mismo usuario a lo largo de dos meses) seis planillas del año 2019, cinco correspondientes al año 2020 antes del inicio de la pandemia (es decir que entre 2018 y 2020 se registraron 23 atenciones). En este sentido, un porcentaje mucho menor al que afirmaba en la entrevista realizada el entonces Secretario de Salud en 2014, donde indicaba que recibían cuatro o cinco situaciones por fin de semana. Esta disminución, para algunas personas con las que dialogamos en nuestro trabajo de campo responde a que hace algunos años dejaron de funcionar “boliches” en la ciudad a los que vinculaban especialmente las ingestas excesivas de alcohol. Igualmente no pudimos acceder a los registros de atenciones de ese momento, como para corroborar la cantidad de casos vinculados a consumos de sustancias que efectivamente se atendieron en la guardia. Por otra parte, conocimos algunas experiencias de atención que fueron a la guardia y no se encuentra la planilla guardada en la carpeta del CEMAP, por lo que los registros no son exactos.

Más allá de que existen algunas situaciones en las que o no se vuelcan las atenciones en las planillas o estas no llegan al CEMAP, también sucede una cuestión fundamental: no todos los casos que llegan son atendidos. Y en esto parecen tener un rol sustantivo el personal policial y el sereno, aunque a veces también las/os profesionales.

Como señalamos, desde noviembre de 2018 se incorporó personal policial (una persona por día) de jueves a domingo de 20 a - formalmente- 7 de la mañana. Esta incorporación se realizó luego de que una médica fuera golpeada dentro del consultorio y de situaciones previas vinculadas con insultos y maltratos en general hacia las/os profesionales. En relación a los resultados de la incorporación del personal policial, para el Secretario de Salud fueron positivos:

PE: la verdad que desde que lo pusimos... bien, bien porque una figura de un policía hace que la gente tome otro tipo de comportamiento... si no tenemos el sereno acá en la puerta que ante cualquier situación llama... pero ya, generalmente tarde viste ya estamos después del golpe, estamos después del insulto. (Registros de campo, 2019).

Ante la consulta puntual sobre el condicionamiento que dicha presencia supone para que usuarias/ os de sustancias - especialmente de ilegalizadas considerando la penalización de su práctica – asistan al CMSD, la coordinadora del CEMAP nos dice, con seguridad que no influye, que la policía está ahí para evitar “que se arme una guerra campal, como ha pasado” y que “los que llegan están hechos mierda, no se fijan en eso”. En

sentido opuesto, el Secretario de Salud nos manifestaba que si bien cree que la figura puede ser chocante no pueden hacer otra cosa, están “entre la espada y la pared”. Lo expresaba de este modo:

PE: Porque por ahí vos tenés un caso, no sé, puede pasar, no? no siempre pasa, pero...en... un chico con excitación psicomotriz por consumo y yo no tengo gente que lo pueda contener... o sea, no hay gente que lo pueda tener sentado o acostado en una camilla... porque la verdad que la fuerza que tienen algunos chicos es... o vienen con un estado de agresividad bastante interesante, que si no estaría el muchacho este de policía, no lo podríamos tener. Yo sé, lo que me decís vos es cierto, por ahí la figura de un policía es bastante chocante para alguno de estos chicos... o para el general de las personas, pero necesitamos porque si no, nos pasan por arriba muchas veces. (Registros de campo, 2019).

El resto de los días, como menciona el mismo funcionario el personal del comando radioeléctrico, que se ubica a unos 200 metros del CMDS también “está al llamado”. Una de las enfermeras, en una conversación informal comentaba que siempre van muy rápido “porque saben que si llaman [refiriéndose al sereno o al policía, depende el día] es por algo jodido, saben que no boludeamos” (Registros de campo, 2019).

Si bien la tarea específica del personal policial es garantizar la seguridad de las/os profesionales de la guardia ofician de receptores de las usuarias/os y hasta determinan cuando hay mucha demanda el orden de la atención de acuerdo a lo que consideran prioritario.

En una entrevista con el personal administrativo, al preguntarle por el sistema de admisión triage los fines de semana, señalaba:

PE: Por ahora no hay nadie.

E: Bien... Venís y están los médicos?

PE: Los médicos, sí. Los médicos y sí... la seguridad... La puerta que por ahí ellos son los que van manejando quién entra, quién sale.

E: La seguridad que es alguien...?

PE: No, los chicos de... de.... sería... los serenos...

E: Ah, bien. Pero no...

PE: Y el fin de semana, hay policía, ponele: jueves, viernes, sábado y domingo a partir de las ocho de la noche, a las siete de la mañana en el triage... está la policía... ayudando... porque está todo por ahí medio complicadito. (Registros de campo, 2019)

Durante una observación nocturna, en una conversación informal con el personal policial le consultamos si él/ella estaba a cargo de hacer la admisión por el sistema Triage. Frente a esta pregunta nos miró haciéndonos un gesto que daba cuenta de que no sabía de lo que le estábamos hablando. En ese

momento interviene una enfermera y le dice que sí, riéndose “que ellas/os vendrían a hacer el Triage, que se fijaba en cómo llegaba la gente para ver las prioridades”. (Registros de campo, 2019). Nos dijo entonces que sí, que ven cómo están los que llegan. Ahora bien su interés principal es garantizar la seguridad del personal médico y de enfermería y, en algunos casos consideran que el modo de hacerlo es negar la atención a las personas que la demandan y/o llamar al Comando Radioeléctrico para que los “asistan”.

Si el sereno y/o el personal policial perciben que la persona que llega a solicitar atención “está violenta”, pueden desplegar distintas estrategias, pero lo primero que suelen hacer es avisar al personal médico y de enfermería que no salgan a recibir a las personas. Recordemos que la práctica habitual es que luego de que suena el timbre de la entrada las/os médicos abren la puerta para ver quién solicita atención. Esta “orden” de no salir la dan a través de una ventanita que comunica la sala de espera y recepción con el lugar en que se encuentran las/os profesionales. En realidad el sereno cuando reconoce (o intuye) una potencial situación de agresividad debe antes de abrir la puerta ir a buscar al policía. Una de las posibilidades, si consideran que la persona está “agresiva pero no tanto” y que no presenta una herida visible, es decirle (el sereno y el personal policial) que no hay nadie que lo atienda y convencerlo de que se vaya. El personal policial nos cuenta varias de esas situaciones, una de ellas la recuerda con gracia: “llega un borracho gritando que quería un médico y yo le respondo que el médico no estaba, me decía que era una urgencia. Lo terminé convenciendo de que no estaban, porque me decía que no lo queríamos atender y lo llevé afuera” (Registros de campo, 2019). Le consultamos qué problema tenía esta persona y nos dice que él gritaba que no podía caminar, pero que estaba agresivo, que era un borracho agresivo. Nos cuenta que estuvo media hora sentado esperando y que finalmente junto con el portero lo convencieron y dijo que se iba. Reflexionando sobre la situación sostuvo “si vos lo dejás pasar, no sabés lo que te puede hacer” (Registros de campo, 2019).

Si hay un herido y el personal policial considera que no está tan violento lo hace pasar con un acompañante – si no fue solo-. Si hay más de un acompañante deben permanecer afuera, solo uno puede ingresar al CMDS. Ahora si ve que están muy violentos, como nos explicaban: “directamente Comando” [es decir que llaman al Comando Radioeléctrico]. Les preguntamos qué hace el comando cuando viene: “los esposan y se los llevan a la comisaría, ahí los tienen... hasta que se les pase el alcohol. Sobre lo que sucede después, no saben bien, “pueden llamar a un fiscal, lo que decida el sumariante (...) a veces vuelven [al CMDS] a constatar lesiones pero después los suelen largar” (Registros de campo, 2019).

La atención no suele negarse cuando la persona que atraviesa una crisis ligada a un consumo (sea explicitado o “presumido”) va acompañada de un familiar o amigo/a.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Los datos analizados en relación a quiénes acompañan señalan que un 30% son madres, un 21% fueron solos/as (estos casos corresponden casi en su totalidad al 2018), un 17% hermanos, un 13% amigas, un 8 % padres, un 8% amigos, un 4,5% hijos y un 4, 5% hermanas. En el porcentaje total de quienes acompañan un 55% son mujeres y un 45% son varones. Es importante

Si se logra acceder a la atención, las prácticas distan de ser uniformes. Existen profesionales con intenciones de alojar, calmar a las personas y asistirles mientras que otros sostienen prácticas más expulsivas e intimidatorias.

El personal médico y de enfermería con los que pudimos hablar informalmente durante una observación nocturna mostraba cierto grado de indignación con los padres o familiares, porque “si bien saben que sus hijos consumieron no lo quieren reconocer, se hacen las sorprendidas” [refiriéndose especialmente a las madres en este caso] (Registros de campo, 2019). Las/os profesionales cuando ingresan al consultorio (si son menores de 18 años ingresan acompañados y si no solas/os), les suelen preguntar: ¿consumiste algo, qué consumiste? Y que en general lo niegan, no lo quieren reconocer. Los síntomas que tienen son palpitations, taquicardia, “sienten como que se van a morir y caen asustados”. Quizás cuando pasa un rato pueden llegar a decir que lo que les sucede está vinculado al uso de una o más sustancias. Y que en muchos casos, como estrategia para que esto suceda, los interpelan afirmando que “si no le dicen lo que consumieron no saben cómo ayudarlos”. Frente a esa situación suelen “declarar” el consumo. Más allá que la asistencia pueda ser distinta dependiendo de la sustancia involucrada también aparece la idea de que se hagan cargo de que si están mal o asustadas/os es por una práctica de consumo de la que son responsables. En el caso de las/os menores esa responsabilidad se vincula a las personas adultas que las/os acompañaron. Cuando la persona que pasó sola al consultorio reconoce el consumo – y es mayor de edad- , los/as médicos antes de que se retiren del CMSD suelen llamar a quien los acompañó y le comentan: “su hijo/a, amigo/a, hermana/o consume”, además de anotarlo en la planilla para abordaje desde el CEMAP. En ese momento dicen que especialmente las madres y padres no suelen reconocer que lo sabían, cuando según las/os profesionales, sí lo saben.

Retomamos esta idea de que hay casos en que la atención se realiza, y que esta puede incluir llamar a la policía. Nos interesa detenernos en una experiencia particularmente “traumática”¹¹⁰ de atención ocurrida en 2017 (es decir cuando aún no era fija la presencia policial, sino que “estaban al llamado”) que conocimos en un primer momento por nuestro trabajo en la institución de la ciudad de Rosario, y en la que luego profundizamos a través de una entrevista con la mamá de uno de los usuarios. Estas dos personas, junto con otro usuario y su madre llegaron al CMDS por una situación de consumo de hongos que provocó una intoxicación en los dos jóvenes. Si bien es un relato extenso nos parece fundamental poder recuperarlo para pasar luego a analizar el

mencionar que existieron dos situaciones registradas, una en 2018 y otra en 2020 en que fue el personal policial el que llevó a las personas (una de 22 años y otra de 16, el de 22 años fue solo con el personal policial y el de 16 también acompañado por su madre) a la guardia del CMDS. En el caso del joven de 16 años, se mencionan como acciones y/o derivaciones realizadas que “el paciente fue trasladado a dependencia policial”, en cuanto al motivo de consulta y diagnóstico presuntivo se señala “cuadro de intoxicación y agresividad en domicilio”.

¹¹⁰ Esta palabra fue la que utilizó la persona entrevistada para describir lo que les sucedió.

abordaje de la situación desde el CMSD, retomando también en clave analítica las otras situaciones que describimos hasta el momento¹¹¹.

PE: Me cae con un amigo, en un estado de pánico, tenía pánico, tenía miedo, no me reconocía... rompía cosas, le agarraba el ataque... Los dos pibes, así venían... el amigo, que era una criatura también, y él que todavía no había cumplido la mayoría de edad... en esa pieza [nos señala la habitación dado que la entrevista la realizamos en su casa]. Los chicos míos, todos asustados acá. Los otros más chiquitos, mis nietos, todos. Y yo lidiando con los dos ahí... entendés? Que se levantaban, que querían... que no me reconocían, que me querían venir a pegar, y yo que le pegaba el grito y lo empujaba contra la cama, que se quedara ahí...Y le iba preguntando: 'Qué consumieron, que consumieron, que habían consumido?', y... hasta que me contesta, eh... Ezequiel, eh... Hongos.

E: Ajá.

PE: Qué habían ido a cazar con unos amigos, y como no veían el efecto, se comieron como 20... se intoxicó...

E: Aaaaah.

PE: Se intoxicó... casi se me va... El corazón... taquicardia le agarró, bueno. Los llev... le aviso a la madre del otro chico, vienen en un remis, los metemos como podemos... porque se nos rebelaban... Imaginate, eh... Ezequiel me pasa un poquito, viste? Ah... aparte la fuerza, descomunal que tenían.

E: Y vino la... vino la madre del otro chico?

PE: Entre las dos los metemos en un remis y lo llevamos al Gurí. Bajamos así de urgencia, los metemos...A todo esto era así: gritaban, se calmaban, veían cosas... eh... entendés? Era, era una situación... pero a mí, cuando yo lo miraba y hablaba, me hacía caso. Se quería sacar la ropa porque decía que se quemaba... entendés? tenía que estar levantándole el pantalón yo, bueno. Hasta que vino un doctor, un doctor que era... de nacionalidad peruana creo.

E: Ajá.

PE: Mm, en la guardia. Para mí, excelente. Con una paciencia... como que entendía, entendés?

E: Había alguien en la recepción de la guardia o no?

PE: En ese momento no. Ahora pusieron recepción, en ese tiempo vos... era por... llegada, por orden de llegada.

E: Te quedabas ahí, y cuando habría el médico preguntaba quién estaba primero?

¹¹¹ Con la letra "PE" identificamos a la madre del usuario entrevistada y con la letra "E" a la entrevistadora.

PE: Claro. Sí. Y... entonces había una enfermera... no te quiero mentir, una enfermera... el médico y una médica... La médica y el enfermero... y la enfermera... es como que si los pibes eran unos... eh... cómo explicarte, a ver... unos delincuentes... (...) O sea, te dabas cuenta que no razonaban.

E: Porque pens... por qué decís eso?

PE: Porque los trataban mal... Como delincuentes, entendés? Primero que no razonaban... Eh... tal vez si... los... los hablaban de mala manera... entonces: "pará que le habló yo a mí hijo, entendés?" que yo... lo calmaba, entendés? 'No ves que hay gente? Y vos bajando... sacándote los...!' O sea, le hablaba a alguien que no razonaba... No podés pedir coherencia...

E: O sea, salieron los tres del... del consultorio... y estaban...

PE: Adentro del consultorio...

E: Ah, ya habían pasado los dos chicos dentro del consultorio.

PE: Me llaman... los metemos directamente... porque... uno de ellos era asmático... Pedro era asmático... así que estaba... no respiraba... tenía un ataque de asma terrible, Ezequiel, ya te digo, eh... entonces lo ponen en dos camillas. La médica a.... atendía a Pedro, y este... doctor de que te digo, de nacionalidad peruana, atendía a Ezequiel. Y a su vez, en ese momento... la enfermera, y la médica, entendés? Cuando a Ezequiel.... yo no lo podía sostener... que se me levantaba, yo lo volvía a acostar en la camilla... le decían... como que se bajaba el pantalón a propósito, entendés? Ezequiel decía que se quemaba. Le hablaban como si hablaran con personas que... que... que estaban... en sus cabales, o sea, y no... no razonaba nada, ni me reconocía a mí, entendés?

E: Y esto de delincuente, lo decís porque...

PE: Porque llaman a la policía. En eso que yo estoy... que mi hijo, que sentante, que no Ezequiel, ey, Ezequiel, despertate, Ezequiel, Ezequiel, así, me entendés? No, te acostás, te sentas... que... viene, cae un comando, con... dos policías y una policía... eh... haciéndole preguntas de que dónde habían comprado la droga, y no se compra...

E: Pero, eh... quién llamó....

E: Quién llamó a la policía?

PE: No tengo ni la menor idea... primero que para mí no era para la policía, peor se pusieron los chicos.

E: O sea, entraron adentro del consultorio?

PE: See... Peor, una mujer preguntándome dónde habían comprado la droga.... Preguntándoles a ellos, no a mí.

E: A ellos les preguntaban?

PE: Si. Y los pibes estaban en cualquier otro mundo, menos en... eh... (...) Había que... ponerles suero para que... pasarles los calmantes porque el corazón de Ezequiel... bueno... cuando yo lo hablaba, se tranquilizaba, pero si se movían, entendés? podían... 'Entonces, vamos a sostenerlo... mientras vos lo hablás' me decía el médico este... Hasta que vinieron los dos policías hombres... Te digo que no me lo... cada... ese recuerdo... no me lo puedo sacar de mi mente: le doblaba el cuello, literalmente, le apretaba la cara contra la camilla y le decía 'Pendejo de mierda, quedate quieto porque te voy a cruzar en la calle y no...', adelante mío... Y yo para que pasara ese momento ya, porque yo no veía la hora que pasara ese momento, me callaba, y no defendí a mi hijo, porque no era justo como lo trataban... eh... lo amen [amenazaban]... porque mi hijo, a todo esto, mientras más lo agarraban, peor se ponían... más fuerza descomunal tenía... empezaba a insultar: 'Soltame hijo de pu...' todo eso, entendés? y la médica y la enfermera decía 'Ay qué boquita... eso te enseñan en tu casa?' así... delante mío... y yo pasando una situación así... entendés? queriendo que pase ese momento porque... ya lo... le pusieron el calmante porque a todo esto el corazón le iba... eh... Todo eso lo viví, habrán pasado unos diez minutos. [se le corta la voz con el llanto] Y yo sosteniéndole los brazos... para que le pusieran mientras... perdoname la palabra pero... lo verdugueaban... así... lo verdugueaban a Ezequiel. Cómo le dolía después todo... Porque él después de que se le pasó todo...

E: Y al otro... al compañero... también lo...

PE: El compañero... les tiraba las piernas... que encima son... así de finitas... entendés? que sé que le duelen... se las apretaban... le retor... lo retor... qué sé yo... no sé cómo explicarte... A medida que más presión ejercían... peor lo trataban, peor se ponía Ezequiel... peor... efecto de las drogas estas. Hasta que lo duermen. No sé qué cantidad de... de calmantes le pusieron, que lo durmieron... quedó, entendés... Y de ahí me lo derivan al Centenario.

E: Y cómo terminó la escena esa con la policía? Se...

PE: Cuando lo durmieron... eh... vos sabés que no... vos sabés que no... no tengo idea si se quedaron adentro... o no... vos sabes... me cegué, no tengo ni idea.

E: Y el médico también... qué hacía en relación a la presencia de la policía...

PE: No... él le hablaba... a Ezequiel... Por eso te digo que de él tengo una muy buena imagen, incluso él me acompaña en la ambulancia.

P: Claro... (...) si... Que lo podían haber quebrado... entendés? No, pero lo de la cara... Yo te digo, yo le sostenía el brazo a mí hijo así... y el policía lo tenía acá con la cabeza... y se la... él haciendo fuerza para enderezar la cabeza... y él que... el policía que se la doblaba... y lo ponía entendés? Se la doblaba... yo

no sé cómo no me lo quebró...te digo y le apretaba así la mejilla, entendés? y toda esta cara así contra el... Pero con una bronca...

[...]

para mí, fue un trauma.... Para mí fue un trauma... y si va a ser siempre así... entendés? con chicos que llegan con problemas... que va... que está lleno en todos lados... Horrible.

(Registros de campo, 2019).

Si bien podríamos deducir de las experiencias narradas que lo que va a definir la negación de la atención, la intervención de la policía e incluso la detención es la percepción que tenga el sereno y/o el personal policial (y en algunos casos las/os profesionales) sobre la violencia o agresividad de la persona que demanda, hemos observado situaciones de negación de asistencia cuando no había agresividad alguna. Una de ellas tuvo que ver con negar – de parte del policía- un preservativo a una persona con el argumento de que era muy tarde la hora en que iba a buscarlo y otra, que conocimos a través de una carta de lectores en un medio de comunicación de la ciudad de Pérez, con negarle a una persona la toma de la presión porque eso era algo que se hacía solo hasta una determinada hora. En este último caso quien en teoría negó la posibilidad fue una enfermera¹¹².

Algunas reflexiones sobre los procesos de atención en la guardia nocturna

Pese a la heterogeneidad, matices o diferencias entre las situaciones detalladas podemos afirmar que nos encontramos con algunas prácticas y actitudes que se constituyen como obstaculizadoras o barreras para el uso de los servicios de la guardia. Es muy importante para nosotras aclarar que, en relación a la naturaleza

¹¹² Relatamos de modo más detallado estas dos experiencias: Alrededor de las 2.30 de la madrugada cuando el personal policial estaba cerca del portón donde suele estar el sereno asiste un joven a buscar preservativos (la cajita con muchos de estos se encontraba en la misma sala de espera de la guardia). El personal policial le dice: “no loco, hasta las 10 de la noche”. Esta persona le responde que a las 10 de la noche no estaba con la novia. Finalmente el personal policial le dice que se fuera a la farmacia, porque él tenía órdenes de no dejar pasar a nadie. Ante esta negación, el chico le dice que entonces dejara pasarlo que se iba a hacer atender a la guardia pero no lo dejó pasar tampoco porque ya había dicho qué era lo que quería. Luego intercambian unas palabras entre el personal policial y el sereno, porque el sereno le dice que siempre va (los días que el policía no está) y que él se los da. El personal policial dice que no, que, que vaya a las 10 de la noche.

También pudimos conocer, a través de un medio de comunicación de la ciudad de Pérez una carta de lectores publicada el 15 de febrero de 2020 bajo el título “Quejas por la atención de la guardia de “El Guri”. Allí la persona comenta que una amiga suya había ido a las 21:30 hs a medirse la presión al centro de salud “El Guri” (a la guardia), que estaba mareada y ya se había caído, al sufrir de presión alta. Se va a hacer atender, y cuando la enfermera, [...] le abre, le responde que ellos solo miden la presión hasta las 20:00hs.

Citamos parte de su carta:

Ahora mi pregunta es, ¿Hay horarios hasta para medir la presión?

Quizás ustedes no puedan responder mi pregunta, pero ¿no es una "guardia"?

Es el único lugar en Pérez donde podes acudir cuando tenés una urgencia, y me parece que ellos no tienen horarios para simplemente medir la presión...” (<http://www.portalperéz.com/content-noticia/quejas-por-la-atencion-de-la-guardia-de-el-guri-#>)

#)

de estas prácticas no creemos posible explicarlas desde un único lugar ni establecer simples linealidades. No nos interesa tampoco pensarlas desde una posición moralizante hacia quienes trabajan en el CMSD, lugar del que pretendemos también alejar a las prácticas diversas de uso de sustancias.

La lectura de las experiencias relatadas, desde las dimensiones propuestas para el abordaje de los momentos de la atención, nos lleva nuevamente a considerar especialmente cuestiones relativas a la dimensión simbólica de la accesibilidad. También en las situaciones descritas se ponen en juego aspectos organizacionales y relativos a la dimensión material, a los que nos referimos también.

En relación a la accesibilidad simbólica nos preguntarnos nuevamente ¿Cómo son percibidas desde el personal del CMDS las personas que utilizan el servicio en general y aquellas que en particular se presentan con alguna situación de consumo problemático? ¿Cuál es el tipo de “paciente” que puede encontrar garantizada la atención en el servicio? Y de igual modo ¿Cómo son percibidos las/os profesionales de la salud por las/os usuarias/os?

Existe un discurso compartido por quienes integran la institución que sostiene que existe un grado importante de violencia en muchas personas que asisten al CMDS, especialmente al espacio de la guardia, que hace que las/os profesionales se encuentren en una situación de riesgo permanente. Esto suele aparecer vinculado por un lado, a la situación de crisis económica general que produjo un deterioro en las condiciones de vida de las personas y que influye en el estado de ánimo de quienes se acercan al CMDS; y por otro se vincula a ciertos consumos de sustancias que generan crisis subjetivas en las/os usuarias/s y llegan a la guardia también en un estado de agresividad. “La gente está muy hostil, y este año se ha visto un brote de violencia... acá lo estamos viendo un montón, un montón” nos señalaba el Secretario de Salud, “pasa de todo en la guardia, hace poco que hubo una guerra... campal entre dos familias... porque dos pibes se golpearon...” relataba la Coordinadora del CEMAP, “Hasta gente que llega... enojada, que... no quiere esperar, que patean puertas para que los... se dan situaciones... o por ejemplo... los fines de semana... hay situaciones donde... llegan... por lo general, jóvenes adul-tos... en situación de consumo, o alguna crisis así... y...tienen que llamar a la policía...por ejemplo...porque vienen con... eh... con una agresividad...” señalaba la trabajadora social (Registros de campo, 2019 -2020).

De este modo encontramos situaciones que aparecen señalando como imprescindible e inevitable la presencia policial, desde una posición similar a lo que nos mencionaba el Secretario “estamos entre la espada y la pared”, “no nos queda otra”. En cuanto al rol que ocupa el personal policial, asumimos como supuesto que la sola presencia, era inhibitoria en caso de consultas ligadas a prácticas penalizadas. Sin embargo, no se trata solo de que esté allí y que posiblemente actúe ante situaciones “límite”, como aquellas en las que estuviera en riesgo la integridad de las/os profesionales. Este personal ocupa un lugar central en la guardia porque, como

dimos cuenta, además de recibir las demandas de atención decide si estas derivarán en una consulta con las/os profesionales o no, es decir si serán atendidas/os o no. En este sentido, nos preguntamos cuál es la utilidad de un servicio de salud en el que quien decide si el personal de salud atiende o no es alguien sin calificación profesional específica.

También es importante considerar que de parte de quienes se ocupan del abordaje de los consumos problemáticos (CEMAP), se desconocen las tareas específicas que desarrolla el personal policial y el sereno y creen que solo intervienen para evitar que se desencadenen agresiones entre las personas que asisten y /o entre estas y las/os profesionales. En ese sentido se hacen visibles en estos “desconocimientos” los modos en que se encuentran organizados los procesos de trabajo, los vínculos entre las áreas que intervienen en un mismo “problema”, la existencia o no de protocolos de actuación, capacitaciones, entre otros aspectos vinculados a la dimensión organizacional.

Recuperamos entre las categorías ya mencionadas de Epele (2007), la lógica de la sospecha, para pensar en las sensaciones de las/os profesionales. Esta incluye una serie heterogénea de prácticas simbólicas como la desconfianza, la duda, la inversión del significado en la lectura de los mensajes por parte de las/os usuarios. En su investigación reconoce en los discursos de las/os usuarias/os una identificación de las instituciones de salud con prácticas de abuso hacia los consumidores de drogas pobres; si bien estas prácticas abusivas eran realizadas solo por algunos profesionales, la experiencia se fue propagando en distintas usuarias y usuarias/os contribuyendo a la formación de esta lógica de la sospecha. Ahora bien, lo que observamos especialmente en la guardia nocturna del CMDS nos permite pensar que en realidad dicha lógica está operando en las/os trabajadores respecto de las/os usuarias/os. Del mismo modo que en lo que comenta Epele, existieron casos puntuales en que el personal médico y de enfermería sufrió ciertas agresiones y a partir de allí cualquier conducta que no muestre cierta docilidad tranquilizadora alerta sobre un posible riesgo para ellas/os. Podemos pensar esta sensación de temor desde la investigación que realiza Graziano (2017) sobre las interacciones que se dan en una secretaría tutelar de un juzgado nacional de menores entre las “delegadas inspectoras” y los jóvenes menores de edad acusados de la comisión de un hecho delictivo y sus familias. Allí la autora señala que hay ciertas actitudes (comportarse de modo “patotero”, realizar ciertos gestos que pueden indicar una posible acción violenta) en algunos casos combinadas con rasgos corporales (“ser grandote”), que les provocan a las delegadas- aunque intenten ocultarlo-“una sensación de miedo terrible”. Esta sensación, independientemente de la gravedad del hecho que hayan cometido y por el que están siendo juzgados, influye o condiciona los informes que ellas elaboran sobre estos jóvenes y que luego serán leídos por los jueces (más allá de que no sean vinculantes a la hora de decidir el destino). Lo que Graziano observa es que una de las

cuestiones que se espera que los jóvenes transformen durante la “observación tutelar” tienen que ver con su corporalidad: “la actitud deber ser dócil, tranquila, blanda” (p. 87).

Centrándonos en el caso de la guardia nocturna del CMDS, entendemos que en esta “posición de alerta” puede estar jugando un papel relevante una cuestión estructural ligada a que la población que atienden no es una población con la que tengan vínculos regulares o estrechos, es decir, no se ha formado una lazo moral que los coaccione a reconocerlos/as como otros/as equivalentes. De hecho encontramos en el mismo personal de seguridad una idea nostálgica en relación a aquel pueblo en el que “nos conocíamos todas/os” y que “ya no es el mismo” (y aquí aparecen especialmente nombrados como “los extraños y peligrosos” quienes viven en Cabín¹¹³, y quienes se mudaron recientemente a la ciudad y viven en algunos barrios periféricos).

Esta sensación de desconocimiento y desprotección habilita a que se deje en manos del personal policial la garantía de seguridad aunque eso pueda llegar a implicar que se nieguen atenciones, amparado en un potencial peligro para las/os trabajadoras en caso de dar asistencia. La desconfianza respecto de las/os usuarias/os del servicio de guardia -que se materializa en una configuración defensiva del servicio -se hace muy visible, por ejemplo, cuando el personal de seguridad nos comenta la razón - desde su punto de vista- por la que había colocada una cámara en la recepción y sala de espera de la guardia:

El personal policial me señala una cámara ubicada en lo alto de la pared “después tenés esto, que te graba todo en caso de una denuncia, algo de eso... ponele vos le pegás a alguien, se arma un problema, y van y te denuncian, tenés la cámara que enfoca para que vos te des cuenta”. La enfermera asiente a la explicación.

Me describe una situación posible: que yo voy borracha con mi marido, que queremos hacer quilombo y que entonces el personal policial nos tiene que sacar a la fuerza y para eso me toca, me empuja y yo después le hago una denuncia que me manoseó. (Registros de campo, 2019)

En este sentido, las cámaras serían, insistimos que desde su punto de vista, un elemento para fundamentar su ejercicio de violencia (justificadas en la agresividad previa de las personas) ante posibles acusaciones de usuarias/os.

¹¹³ Registramos una situación puntual donde luego de que las personas dijeran que pertenecían a este barrio parece ponerse en riesgo la atención. La comentamos a continuación: “El timbre que suena anuncia el arribo de una nueva consulta. Llegan dos mujeres, parecen madres e hija. Saludan, la mujer se acerca y le dice si le decía su nombre. Él le pregunta si tiene el documento, ella le dice te digo el número. Él repregunta, tenés el documento? Hace un movimiento con la cabeza indicando que no, que no lo tiene. Le dice, bueno, decime el número, pero trae el documento porque [no completa la frase]... Le pide que le diga el domicilio, cuando le dice el nombre de la calle le consulta si eso era Cabín, la mujer le dice que sí. Le consulta qué le anda pasando, dice que viene a medirse la presión. Le responde: mmmmm bueno, a ver si está el enfermero [tiene la certeza que la enfermera está adentro de la parte de los consultorios]. Se hace un tiempo de silencio, y ella le dice: y si no el doctor... Él no le responde. Les dicen que se sienten a esperar. Toca la ventanita y les dice: para medir la presión. Cierra y le dice a la mujer: ahí le avisan al enfermero [que es una mujer].” (Registros de campo, 2019).

Es posible así, que en las situaciones relatadas operan ciertos estereotipos contruidos en relación a las/os usuarias/os de sustancias. Recuperamos la explicación que Goffman (2006) nos ofrece sobre el modo en que, a través de medios socialmente establecidos, categorizamos a las personas. Este autor señala que cuando interactuamos con un/una extraño/a, son las primeras apariencias las que nos llevan a prever en qué categoría se halla dicha persona y cuáles son sus atributos, su identidad social. Elaboramos una serie de supuestos sobre dicha persona, que hacen que la dejemos de ver en su totalidad y la reduzcamos a alguno de sus atributos. Si ese atributo genera una desacreditación de quien “lo porta” entonces se trata de un estigma, de la producción de una identidad deteriorada. Es importante considerar que el hecho de que se considere a dicho atributo como desacreditador responde a un estereotipo acerca de cómo debe ser una determinada especie de individuos. En realidad el estereotipo o visión estereotipada tiene lugar cuando a cierto atributo (o atributos) que realmente porta un sujeto se le adosan socialmente otros con lo que no tiene una relación forzosa. Lo importante es no perder de vista que un proceso de estigmatización se da en el marco de la interacción, es decir en la relación entre quien realiza la “categorización” y quien posee el atributo que estigmatiza¹¹⁴.

En los antecedentes encontrábamos que las representaciones de “enfermo” y “delincuente” son las que se consolidaron para caracterizar a quienes usan drogas (Vázquez y Romani, 2012). Sin embargo, no aparece aquí – en lo que nosotras pudimos observar- el discurso de que padecen una enfermedad ni de que son delincuentes, como encontramos en otras visiones estereotipadas de las/os usuarios/os, pero que sí son “potencialmente peligrosos”. En el espacio de la guardia, pero no solo allí, aparece como una generalización la idea de que quienes llegan por situaciones de consumo son agresivos/as, incontrolables, por lo tanto se espera que se dé esa manifestación de violencia (como veíamos en la expresión del personal policial, si lo dejo pasar “no sabés lo que puede llegar a hacer”). Existe una relación que no es forzosa pero que para el personal policial e incluso para las/os profesionales se vuelve indisociable entre practicar cierto tipo de consumo y ser o ponerse agresivo. Cuando llega una persona con una herida producto de una “pelea”, se presupone que existe un consumo de sustancias previo que la desencadenó. Entienden que se ponen (o son) agresivos como consecuencia de la práctica de consumo, de la que sí los ven como responsables. Es decir que, en algunos

¹¹⁴ Grimberg (2003) señala que “Los estereotipos estigmatizantes y las prácticas discriminatorias se producen y mantienen desde modos de relación y prácticas entre conjuntos sociales en desiguales relaciones de poder, contribuyen, a la vez, a legitimar y reforzar esas desigualdades. Por eso, más que de “estigma”, que induce a una visión individual y estática, resulta adecuado entender estos fenómenos como un proceso social e histórico en constante cambio, en el que nuevos y viejos sentidos y prácticas sociales son producidos, reactualizados y frecuentemente resistidos (...) los procesos de estigmatización no pueden comprenderse fuera de su entramado a prácticas de discriminación social que impactan la vida y las identidades de vastos conjuntos sociales. Estas prácticas de discriminación articulan dispositivos de dominación y opresión entre categorías de clase, género, edad, étnicas etc., que se traducen en diversas formas de sufrimiento social, persecución y violencias contra sujetos y grupos. De ahí la necesidad de un enfoque antropológico político que entienda la estigmatización y la discriminación social como un proceso histórico social, que opera en estructuras de desigualdades sociales y políticas, resistencias y negociaciones en el marco de un campo societal de disputa por la hegemonía y la legitimación del poder.”

casos, más que explicitarse una cuestión de consumo y que ello se asocie a una actitud agresiva, a las personas que manifiestan agresividad (o una herida como consecuencia de una pelea) se las suele vincular a un consumo de sustancias.

En las interacciones con el personal policial dentro del consultorio - con el caso de Ezequiel - y en las actitudes de las/os profesionales tendientes a lograr la declaración del consumo, existe una idea de que la/el usuaria/o es tiene responsabilidad por lo que le sucede (en el caso de las/os menores esta responsabilidad recae en sus padres y madres); que se encuentra en ese estado por una práctica que él o ella elige realizar y por esa razón, tiene que hacerse cargo de la consecuencias, que incluso pueden significar su no atención. Esta idea se desdibuja o se contradice en ocasiones en las que— en el caso de personas mayores- luego de la atención las/os profesionales llaman al familiar para comunicarles que “su hijo se droga”. Es importante considerar que en este acto de dar dicha información se viola el secreto profesional y no se respeta la Ley de Derechos de las/os Pacientes ni la LSM, aunque eso no se registre formalmente en ningún lado. Es decir que la idea de responsabilidad que les atribuyen por su práctica no implica la consideración de que se trata de sujetos con autonomía que pueden consumir “lo que quieren”. Existe en este sentido una posición moralizante en relación a estas/os usuarias/os, dado que su práctica es juzgada como negativa¹¹⁵. Así encontramos algo similar a los que señala Graziano (2017) en su investigación: “intervenciones que centralmente culpabilizan comportamientos considerados desviados, más que buscar la autonomía y la autorresponsabilización de los sujetos” (p.156).

Nos interesa recuperar, para pensar cómo están concibiendo sus prácticas algunas/os profesionales y el modo en que esto puede impactar en la percepción que de ellas/os tienen las/os usuarias/os, un registro de una de las planillas para el CEMAP de la guardia. Se trata de un paciente que llega con una herida cortante y dentro del detalle de la situación que realiza la profesional que lo atiende, se señala que “el paciente ingresa por sus propios medios, vigil, al interrogatorio [¹¹⁶]. Aparenta que consumió alcohol y otras sustancias. Hemodinámica estable. Solicito seguimiento del pacientes por adicciones y salud mental”. Parte del proceso de atención se identifica por parte del profesional como interrogatorio.

Abordando ahora las percepciones de las/os profesionales y de los servicios del CMDS por parte de las/os usuarias/os encontramos elementos para sostener que esta lógica de sospecha (sin llegar a la idea

¹¹⁵ En la elaboración de este juicio negativo, es preciso considerar la influencia de una cultura de criminalización que en la Ley 23737 encuentra un instrumento privilegiado para vulnerar las puertas de acceso a uno de los derechos más fuertes en la tradición argentina (salud), especialmente en los varones jóvenes de sectores pobres.

¹¹⁶ En nuestra experiencia como usuarias de los servicios del CMDS también vivenciamos dentro del proceso de atención, una práctica de “interrogatorio” por parte de un profesional, que minimizando el dolor, se dirigía con tono inquisidor y con un desinvolucramiento y frialdad, frente al que poco pudimos hacer debido al estado de vulnerabilidad. Ahora bien, el hecho de que se asuma por escrito esta práctica, llamó nuestra atención.

extrema de que hay una intención “ni de matar ni de dejar morir” como en la investigación de Epele) es mutua y que tiene un impacto negativo en los procesos de atención. En este sentido, algunas/os usuarias/os de la guardia con los que pudimos conversar manifestaron malestares en relación a cómo eran respondidas sus demandas en ese espacio, apuntando fundamentalmente a situaciones de maltrato o de trato vividas, en las que no sienten que a las/os profesionales les interpele lo que les sucede. Una de las personas con las que dialogamos señala que en general “no te dicen nada, lo que tenés, te atienden así nomás, muy rápido, no te explican. Después yo me he dado cuenta que cuando vuelvo a mi casa y mi familia me dice qué te dijeron, nunca te dicen nada, solamente tomá esto, siempre es ibuprofeno o amoxicilina, o te inyectan un decadrón” (Registros de campo, 2020). Merhy (2016) sostiene que si se retoma el punto de vista del usuario de un servicio de salud en general este no reclama por falta de conocimiento tecnológico en su atención sino “por falta de interés y de responsabilización de los diferentes servicios en torno de sí y de su problema. Los usuarias/os, como regla se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, no respetados, despreciados”¹¹⁷ (p. 64) En noticias vinculadas al CMDS en los medios locales digitales, encontramos una breve carta que se titula “Agradecimiento al personal de El Gurí” en la que una persona quiere destacar la atención de una médica y enfermera de la guardia y señala “porque muchas veces se comentan las cosas malas y nunca las buenas experiencias: Gracias por haber sido tan cálidas y atendernos tan bien” (Portal Pérez). El buen trato o la calidez aparecen entonces no como la regla básica de un servicio de salud, sino como prácticas que merecen especial agradecimiento¹¹⁸.

Es interesante pensar las situaciones de hostilidad mutuamente percibidas en relación con la pérdida de prestigio social y autoridad de la medicina, que ha sido puesta en cuestión desde diversas perspectivas: por deshumanizar la atención; por la incapacidad de responder satisfactoriamente a la demanda; por la burocratización y mercantilización de sistema y el conjunto de la respuesta sanitaria; incluso por la disponibilidad de alternativas más ‘amigables’ o más acogedoras como las terapias alternativas. Este estado de situación hace que aparezcan con cierta frecuencia cuestionamientos, bajo diversas formas, pudiendo llegar a la violencia verbal o física hacia las/os profesionales por un lado y de parte de estas/os una necesidad de distanciarse, un mecanismo de refuerzo de la asimetría de poder, de saber, de clase.

¹¹⁷ En una encuesta implementada por la trabajadora social en el CMDS en el año 2017, si bien en la pregunta por el trato recibido en general por el CMDS no existía la posibilidad de decir que este era malo (la peor calificación era regular) en la parte de sugerencias y recomendaciones las críticas hacia la guardia se manifestaron de modo contundente. De las 335 personas que hicieron comentarios un 25% lo hizo en referencia a la guardia y aquí además del tiempo de espera para recibir atención y la necesidad de incorporar un pediatra ocuparon el primer lugar cuestiones vinculadas al maltrato que allí recibían. Recordemos que en ese momento aún no se había incorporado el personal policial. Otro porcentaje significativo de comentarios apuntaban al maltrato por parte del personal administrativo, que analizaremos luego.

¹¹⁸ Esta situación nos recordaba un extracto de entrevista que cita Auyero (2013) en su libro, donde una mujer le dice, refiriéndose al personal que atendía en el lugar donde ella esperaba: “si están de buen humor, te tratan bien” (p.68).

En este sentido, refiriéndose a los elementos que pueden ponerse en juego para explicar dicha percepción de parte de las/os usuarios/as, Merhy (2016) se centra en las transformaciones de los servicios de salud, va a decir que responde a un predominio de las modalidades de intervención centradas en las tecnologías duras que conciben a la atención como producción de procedimientos (hablamos por ejemplo de los casos en que someten a las personas a excesos de pedidos de exámenes- radiografías, análisis, tomografías, etc.-). Al mismo tiempo que se sobreestiman estas tecnologías duras se empobrece las leves, adquiriendo la dimensión cuidadora un papel irrelevante y complementario¹¹⁹. Dudamos de que sea esa la explicación exclusiva o privilegiada, sino que es preciso considerar otras dimensiones para dar cuenta de lo que sucede en la guardia del CMDS, es decir no entendemos que se trate de un servicio de salud procedimiento-centrado, por lo menos a partir de lo que observamos en nuestro trabajo de campo. Si bien es cierto que recuperamos experiencias de atención en las que se derivaron situaciones a la ciudad de Rosario con el argumento de que tenían más herramientas y en realidad quizás sí se podían abordar allí¹²⁰ no encontramos que sea esta concepción o modelo el que está operando en el CMDS.

Proponemos algunos nexos entre la dimensión simbólica y la dimensión organizativa, dado que el análisis de lo que sucede en la guardia, tiene que ver también con cuestiones relativas a la organización de los procesos de trabajo. De este modo en esta instancia nos preguntamos ¿Cómo se dio el proceso de incorporación del personal policial? ¿Se desarrollaron instancias de formación específica sobre el desempeño y alcance de sus funciones? ¿Se consideró que el CEMAP pudiera capacitar sobre el enfoque y especificidades para el abordaje de situaciones de consumos problemáticos?¹²¹ En nuestra investigación no encontramos indicios de que estas cuestiones hayan sido consideradas. Al contrario, la necesidad de establecer procedimientos, de fijar criterios, de protocolizar u ordenar procesos así como de reunir al equipo de salud aparece como una demanda no atendida por parte de la gestión para varias/os trabajadores/as del CMDS.

¹¹⁹ Es importante aclarar que esta idea de contar con un servicio con un excelente acogimiento es para Merhy una condición necesaria pero no suficiente para asegurar una atención adecuada dado que el saber clínico constituye también algo nodal.

¹²⁰ En este sentido nos señalaba otra usuaria cómo percibía a los servicios de la guardia:

“P: Sí. La guardia... es muy por sobre... por... encima, nada más. Entendés? Eh...

E: Qué... qué sería por encima?

P: Un resfrío... un... broncoespasmo... muy por encima... Más de ahí... vas con algo más complejo y no... no tienen...

E: No.

P: Creo que no tienen... los instrumentos, no sé cómo explicarte.

P: Si... en la guardia. Y digo, tampoco es tan... porque se nec... dicen que necesitaban unos aparatos especiales, que si le tocan no sé qué miércoles, puede quedar sorda... que no es meter cualquier cosa... Pero si... no tenés para una urgencia... algo tan sencillo como... sencillo y a su vez también, me entendés?

P: Me pareció también raro, entendés? Y la derivaron a un hospital de emergencia, a Rosario.” (Registros de campo, 2019).

¹²¹ Más allá de algunas cuestiones que desde ese espacio tampoco se consideran porque se desconocen, como la vigencia de la penalización de la tenencia para consumo.

Recurrimos nuevamente a las propuestas de Merhy (2016) que nos advierte que, más allá de lo “protocolizable”, quienes concretan el modelo asistencial son los trabajadores en su micropolítica del proceso productivo. Esta norma externa, puede ser homologable en nuestro caso, por ejemplo, a la idea que remarca el Secretario de Salud en la entrevista: “Vos te podes equivocar en tu trabajo pero en el trato no! Es la premisa del lugar” (Registros de campo, 2019) Sin embargo esta “norma” no es la que efectivamente define los comportamientos en las situaciones que analizamos. Merhy va a poner el foco en la subjetividad de las/os trabajadoras para definir el carácter de los actos asistenciales¹²². Como su inquietud está puesta en la transformación de los modelos asistenciales va a sostener que “un cambio de carácter estructural y duradero de los procesos de trabajo requiere la producción de una nueva subjetividad¹²³ del trabajador” (p. 148) y en esto van a ser fundamentales las intervenciones en la micropolítica del proceso de trabajo y no en lo que se sostenga como “el deber ser” institucional. En ese sentido nos preguntamos en qué instancias de los procesos de trabajo las/os profesionales son o podrían ser interpeladas/os para que esta premisa (“Vos te podes equivocar en tu trabajo pero en el trato no! Es la premisa del lugar”) se haga cuerpo en las distintas instancias del proceso de atención. Lo que encontramos en nuestro trabajo de campo fueron conversaciones puntuales entre el Secretario y algún profesional ante un reclamo específico que pudiera llegarle vinculado a situaciones de maltrato o discriminación, y la expectativa puesta en la renovación del personal. Por otro lado, en relación a la incorporación de la planilla, aparece un interés muy legítimo de parte de quienes integran el CEMAP y el Servicio Social del CMDS de brindar posibilidades de atención que no se ofrecen desde la guardia, pero es preciso evaluar el proceso de implementación para no continuar vulnerando derechos en su uso.

Además de la dimensión organizacional, en la configuración actual de este servicio operan cuestiones vinculadas a lo que agrupamos en la dimensión material de la accesibilidad. Nos referimos especialmente a la falta de personal (calificado) en el espacio de recepción de la guardia. El hecho de que no haya personal disponible que desempeñe esa función en el horario nocturno habilita que ese espacio quede en manos del

¹²² Merhy (2013) sostiene que además de una propuesta de organización de la producción de cuidado, el trabajador es también “portador de una cierta subjetividad que opera en el acto de su intervención sobre el otro, produciendo el cuidado. [En esto] Cuenta cómo ve a sus compañeros de equipo, cómo valora la vida del otro, cómo se dispone a actuar, etc. En salud cuenta el modo en que el trabajador asume determinadas actitudes ético- políticas junto a sus pares, sus dirigentes y los usuarias/os. Y estas actitudes están siempre entre el polo de un cuidado burocrático, poco cuidadoso e ineficaz, o un cuidado más receptivo, que establece vínculos y responsabilidades con relación al usuario y su problema de salud. Cualquiera de nosotros, como usuarias/os, sabemos lo que eso significa, pues cuando necesitamos cuidados tenemos plena noción de cómo cuenta quién es el que está ofreciendo el servicio” (p.109 y 110) “Ahora el hecho de que las actitudes tiendan hacia uno de estos dos polos dependerá de las configuraciones de la micropolítica del proceso de trabajo.”(p. 112)

¹²³ Recuperamos lo que sostiene Benedetti (2017) al señalar que cuando hablamos de subjetividad hacemos referencia a “un entramado social que define las posiciones de los sujetos (...) La producción de subjetividad, incluye todos aquellos aspectos que hacen a la construcción social del sujeto, en términos de producción y reproducción ideológica y de articulación con las variables sociales que lo inscriben en un tiempo y espacio particulares desde el punto de vista de la historia política” (p. 3).

personal policial. En el mismo sentido, y dado que se reconoce que es el lugar en el que llegan especialmente los casos de salud mental y consumos problemáticos, sería conveniente contar con una guardia interdisciplinaria, para garantizar lo que señala la Ley en relación a la modalidad del abordaje¹²⁴, lo que parece alejado de las posibilidades presupuestarias. De hecho actualmente no se garantiza el servicio de guardia pediátrica, que representa una de las demandas más mencionadas y que se respalda en la cantidad de consultas relativas a la salud de niñas y niños en la guardia general.

Pensamos en algunos nexos que existen entre esta “lógica de la sospecha” frente a las/os usuarias/os y la idea de “actitud sospechosa” que suele amparar las actuaciones policiales cuando detienen personas en la vía pública. En este sentido, al analizar dichas actuaciones pero especialmente vinculadas a la aplicación de la Ley de drogas, Corbelle (2018) encuentra que la policía utiliza una serie de términos y expresiones que puede resumirse con el genérico de “actitud sospechosa” para justificar detenciones arbitrarias. Corbelle señala – recuperando una investigación de Eilbaum (2004) - que la retórica de la sospecha se construye sobre una concepción del orden social que se nutre de estereotipos de rasgos físicos, actitudes corporales, formas de vestir y aspecto personal.

Los propios agentes policiales reconocen, valoran y sostienen este ejercicio clasificatorio -entendido como la habilidad de anticiparse a los “hechos” mediante la ligazón de determinados atributos a ciertas categorías de “personas disruptivas” de la paz y tranquilidad social (Corbelle, 2018, p. 88).

Se trata justamente de la intuición con la que se guía el personal policial (y el sereno) para definir si una persona puede pasar o no para recibir asistencia. Pero en realidad lo que existe más que una actitud sospechosa - que suele aparecer siempre a posteriori para legitimar la intervención policial “es todo un universo de atributos y características que, asociados al uso de drogas, terminan restringiendo la vigilancia policial a grupos de hombres jóvenes, pobres y no tanto, de sectores urbanos” (p. 93).

En las situaciones que mencionamos¹²⁵ - podemos hallar una combinación de lo que serían – para Auyero (2013) - los “tentáculos invisibles” (como una forma de poder ejercida por burócratas menores, prácticamente desprovistos de violencia física, dentro de las que se encuadran prácticas como la de “a esta hora no tomamos la presión”, “esto acá no lo hacemos, andá a Rosario”, etc. lo que Auyero piensa como “excepciones regulares” p.107) y los “puños visibles” del Estado¹²⁶. Recordemos que en el caso de los

¹²⁴ En este sentido la LSM señala que “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente”.

¹²⁵ No nos referimos solo a las actuaciones policiales sino también y a las prácticas rechazantes de algunas/os trabajadoras/as del CMDS.

¹²⁶ Este autor si bien no se dedica concretamente al estudio de un efector de salud analiza las prácticas relacionales que vinculan el funcionamiento cotidiano del estado con la vida de los pobres o subordinados (denominaciones que utiliza el autor, en

tentáculos invisibles tienen como uno de sus efectos que quienes demanden asistencia naturalicen que “hay momentos en los que van a ser ignorados, que nos los van a atender o que los van a posponer” (p. 24). En cambio, el accionar de la policía y del Comando nos está hablando especialmente de un puño visible, muy visible. En este sentido, refiriéndose a la distancia entre las leyes de avanzada en América Latina y su implementación efectiva Brinks (2008) señala que si dichas Leyes reflejaran la práctica

América Latina sería algo así como una utopía igualitaria democrática. Sin embargo la esfera de facto de discriminaciones y violaciones a los derechos humanos aún sobrepasa a la esfera de jure de igualdad de derechos para todos. La violencia policial es uno de los escenarios donde la realidad no cumple con la promesa de democracia. Muchos países, incluso o especialmente aquellos con un legado de represión autoritaria, son hoy democracias donde sin embargo se continúan violando los derechos individuales. (Brinks en Auyero, 2013, p. 71).

Las experiencias que mencionamos en relación a las prácticas de la fuerzas de seguridad no distan de la caracterización anterior. Un abordaje de las situaciones de violencia institucional en la ciudad de Pérez excede los límites de nuestro trabajo, pero como ilustración vale señalar que en el año 2017 en el marco de un trabajo con jóvenes de las escuelas secundarias de la ciudad, las experiencias de violencia institucional¹²⁷ aparecían como el principal problema que los estaba afectando a la hora de habitar el espacio público, problemática que fue también mencionada por la trabajadora social del CMDS.

nuestro caso preferimos hablar de ciudadanas/os cuyos derechos han sido o son vulnerados). Como ya mencionamos anteriormente, aunque el CMDS puede ser utilizado por toda la población sus trabajadores/as al mismo tiempo que afirman que allí “no se le niega la atención a nadie” sostienen que ese lugar “es para el que no tiene otra cosa”, por lo que resulta pertinente recuperar algunas cuestiones de las que propone Auyero.

¹²⁷ Compartimos alguna de las experiencias relatadas por las/os jóvenes en la Ciudad de Pérez: Uno de los chicos cuenta que estaban con un grupo y que los paró la gendarmería, les sacó los gorros, los expansores y piercing, le dijeron que no querían verlos con eso puesto de nuevo, los empujaron contra el capot de la camioneta. Uno de ellos escondió el expansor debajo de su pie y el gendarme le preguntó dónde estaba y se lo pateó. / Otro estudiante cuenta que se encontraban con un grupo de amigos en el anfiteatro que vino la gendarmería sacaron su arma e hicieron como que la preparaban para disparar, les dijeron qué hacían ahí y que se fueran. / Otros comentan que les han hecho tragarse los cigarrillos y que en el caso del alcohol a veces se lo patean y otras se lo llevan (es decir que nos los tiran en el momento sino que se los quedan) / Uno de los chicos cuenta que “no solo a ellos” (refiriéndose a un video que visibilizaba situaciones de abuso policía hacia jóvenes del barrio Tablada “Mucho palo pa’ que aprenda) les pasa que a él y sus amigos esperando para ir a Nox los agarró la gendarmería, le preguntaron a él si era varón por el corte de pelo que tenía y él les respondió que “las apariencias engañan” y entonces cree que fue por eso que le patearon los tobillos y maltrataron. Le dijeron que no usar más el pelo así, también le sacaron aritos y expansores.

- (En Pérez) Otro estudiante cuenta que un día de mañana como creyó que hacía frío (como el día anterior) y salió con una campera con capucha, lo paró gendarmería, le pidió los documentos y lo revisó. / Una de las chicas cuenta que a otra chica que estaba vestida “rara” (nunca especificó ante nuestra repregunta qué entendían por rara) y que la paró la policía y le preguntaron a dónde iba, que les dijera a ellos la verdad porque sabían todo. / Otro estudiante relata que en la plaza del centro es totalmente frecuente que los paren, revisen, los hagan correrse del lugar, les dicen si están en los bordes de la plaza que se vayan al medio.

En el caso del CMDS se nos aparece de modo visible el obstáculo que puede significar para muchas usuarias y usuarias/os que la recepción y decisión de abrirte las puertas cuando están necesitados de atención por situaciones de consumo sea un efectivo de la policía, no solo por las prácticas que este personal ha desplegado en ese lugar, tal como se relata en la experiencia de Ezequiel sino por el resto de las prácticas en la ciudad de las que las/os jóvenes son los principales destinatarios. Sin embargo también encontramos actitudes expulsivas en el personal de salud. Las ideas de arbitrariedad e incertidumbre respecto a si serán atendidos o no, y sobre todo si esa atención supondrá o no el ejercicio de violencia física y simbólica por parte del personal de seguridad aparecen en escena. Como señala Abonizio (2008) “la estigmatización alimenta el imaginario de ‘alarma social’ o ‘imperativo moral’ de intervención ante estas prácticas culturales; pero paradójicamente obstaculiza el acceso de los usuarios de drogas al sistema sanitario y a las redes de Salud pública” (p. 179).

Retomando la lectura del proceso desde la idea del flujograma, la guardia en horario nocturno puede funcionar como el lugar de recepción de las situaciones y en relación a la decisión, el menú de ofertas y la salida pueden tener lugar las siguientes situaciones:

Días en los que no se cuenta con presencia policial:

- No poder ingresar a la guardia por una definición de los serenos.
- Ingresar, ser recibido directamente por las/os profesionales, acceder a la atención y luego de ser asistido salir del servicio, previo registro en una planilla del CEMAP.
- Ingresar, ser recibido directamente por las/os profesionales, acceder a la atención y ser derivado a Rosario para una atención en el hospital o efector privado (de acuerdo a si se tiene o no cobertura), previo registro en una planilla del CEMAP.
- Si el ingreso sucede en los días en que no se encuentra presente el personal policial y si – el sereno o las/os propios profesionales - consideran que es necesario, puede intervenir en el proceso de atención el comando radioeléctrico de la ciudad.

Días en los que se cuenta con presencia policial:

- No poder ingresar a la guardia por una definición de los serenos.
- No poder ingresar a la guardia porque si bien el sereno permitió el ingreso el personal policial considera que no puede brindarse la prestación.
- Ingresar, ser recibido por el personal policial y acceder a ser atendido por las/os profesionales, y luego de ser asistido salir del servicio, previo registro en una planilla del CEMAP.
- Ingresar, ser recibido por el personal policial y acceder a ser atendido por las/os profesionales, y ser derivado a Rosario para una atención en el hospital o efector privado (de acuerdo a si se tiene o no cobertura), previo registro en una planilla del CEMAP.

En el apartado correspondiente al CEMAP analizamos la continuidad de los abordajes de las situaciones en las que el proceso de atención se inició en la guardia nocturna del CMDS.

Auyero (2013) comenta en su libro, que la experiencia de la espera en una oficina de asistencia social suele ser comparada por quienes ha entrevistado con la espera en un hospital público y señala:

Si bien todos estuvieron de acuerdo que la espera en un hospital es “terrible”, “horrible” y todos señalan que “siempre” hay que esperar, también saben, como dice Isabel, que un hospital “te van a atender sí o sí” (p.143). [En ese mismo escrito también señala que] “la espera en el hospital es, para la mayoría, “más dramática”, porque por lo general van al hospital cuando están muy enfermos o cuando sus hijos necesitan atención inmediata (p.143).

En la guardia del CMDS no todos los casos, más allá del tiempo de espera son atendidos. De hecho se incumplen muchos de los derechos establecidos en la LSM, entre los que mencionamos: “a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. (...) l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación. (...) i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado”.

Continuamos ahora abordando los procesos de atención considerando las otras posibles entradas del CMDS.

4.2.2 La mesa de entrada principal

En Desarrollo yo he... visto... instalado el prejuicio muchísimo más... eh... en... en Desarrollo lo que se da mucho más es el juego político... 'te doy...', tiene, tiene mucho más peso la cuestión del recurso... vos acá con salud, no podés jugar mucho... O sea... porque es la salud, y la salud es para todos...
(Registros de campo, 2019).

En nuestro trabajo de campo realizamos entrevistas con el personal administrativo y observamos interacciones en la mesa de entrada principal entre dicho personal y las /os usuarias/os del CMDS. Lo hicimos en el espacio que se corresponde con esa mesa de entrada, dado que los turnos vinculados a salud mental se gestionan desde ese lugar¹²⁸ y en general las personas que llegan (se trata mayoritariamente de madres, parejas y hermanas en menor medida) preocupadas por el consumo de sustancias de una persona (usualmente son sus hijos, parejas varones y hermanos, y muy minoritariamente hijas) se acercan allí, pidiendo un turno para la psicóloga. Habitualmente este pedido de turno se realiza sin mencionar el motivo de consulta. Si lo especifican o si el personal administrativo “logra indagarlo” se suele derivar directamente la consulta al CEMAP.

Además esta mesa de entrada no solo es un lugar al que se puede recurrir para el acceso inicial a la atención sino que los trayectos terapéuticos sugeridos desde el CEMAP pueden incluir consultas (o “tratamientos”) de larga duración con el equipo de salud mental y eso se gestiona desde este espacio.

Nuestra inquietud inicial era analizar la capacidad de alojar demandas de atención de este lugar del CMDS, pensando especialmente en la llegada usuarias/os de sustancias o de sus familiares. En este sentido, en nuestro trabajo de campo identificamos prácticas de recepción que, aunque no se refieran exclusivamente a cuestiones de consumo, pueden configurarse como obstaculizadoras para el acceso y uso de las prestaciones.

A continuación compartimos distintos registros del trabajo de campo y los analizamos desde las dimensiones de la accesibilidad mencionadas anteriormente. En principio nos enfocamos especialmente en la dimensión simbólica (considerando también el aspecto ligado a lo vincular) y dejamos para el final del apartado algunas consideraciones sobre las dimensiones organizacional y material.

“Vos los (¿o las?) educás”

¹²⁸ En relación a la otra mesa de entrada en una conversación informal que sostuvimos con personal que desempeña sus tareas allí nos comentaban que al menos desde que estaban en ese rol (hace varios años) nunca le habían consultado por este tema.

En una de las entrevistas con el personal administrativo, hablábamos sobre la posibilidad de contar con otro sistema de gestión de turnos, que no fuera solo presencial o que no les implicara a las personas ir tantas veces como habíamos observado, que permitiera reducir las planillas y reemplazarlas por computadoras (como lo hacen en la otra mesa de entrada). En ese contexto la persona entrevistada nos comenta¹²⁹:

PE: Yo estoy cómoda con este sistema [refuerza mucho la palabra “este”]

E: Perfecto.

PE: Y yo creo que este sistema siempre es mejor. Porque vos también acostumbrás a la gente, la gente estaba muy cómoda... entonces, vos los educás... los educás con un montón de cosas... desde traer un documento... que la criatura no tiene un documento, le haces sacar un documento.

E: Claro.

PE Lo obligas a un montón de cosas. A ocuparse de un montón de cosas, a las mamás por ejemplo... (Registros de campo, 2019).

Esta idea de cumplir una “función educativa”, dentro del rol de la recepción de las demandas de atención, alcanza distintos aspectos y objetivos. Uno tiene que ver, como se explicita en la cita anterior, con los requisitos que deben solicitarse para el acceso. Nos referimos por ejemplo a “acostumbrar a la gente” a que se presente con el DNI si quiere un turno o ser atendida en el momento. El efecto positivo previsto de esta práctica consiste en que si no lo tienen tramitado, y constituye una exigencia excluyente, las personas realizarán la gestión “regularizando” de este modo su situación. Pero a su vez puede permitir detectar situaciones más graves, como un posible robo de un bebé y en este caso la sospecha recae sobre especialmente sobre los hombres¹³⁰.

Otro de los objetivos que se “suman” a la tarea de recepción - también incluida en esta función educativa- se vincula a la necesidad de que la gente “aprenda a esperar”, que espere de modo tranquilo, sin mostrar malestar. Conversando sobre la necesidad de disponer de un servicio de guardia pediátrica en el CMDS, una de las empleadas reconocía que era probable que si se contara con esa posibilidad, las personas (en realidad “las madres”) dejaran de llevar a sus hijos a los controles pediátricos porque irían directamente a la guardia: “PE: lo primero que van a decir 'No, vamos a la guardia, sí, para qué vamos a esperar?'. No quieren esperar... a la gente no le gusta esperar.” En otra ocasión, en una interacción con una usuaria, refiriéndose a uno de los médicos que trabaja en el CMDS una de las empleadas señalaba:

¹²⁹ E: entrevistadora; PE: personal administrativo entrevistado.

¹³⁰ Así una de las empleadas administrativas señalaba: “Uno no piensa, pero a vos te viene un hombre... con una criatura... Y dice 'Vengo con mi hija'... Vos cómo justificás que es la hija? Cómo sabés que es la hija? Cómo sabés si no se la robó? Si... hay un montón de situaciones...”

PA¹³¹: Lo único que [nombre de un profesional] tiene esto: podés esperarlo cinco minutos... como seis horas. No tiene horario... entonces a la gente yo le digo, el que no está dispuesto a esperar... que no lo saque y se lo deje al que está dispuesto a esperar... Sí?

P: Si. (Registros de campo, 2019).

Por otro lado, aparecía también la idea de que sostenerse en una postura frente a las/os usuarias/os (“hay que esperar y punto”) hace que “el objetivo educativo se logre”:

PE¹³²: Y se acostumbra... Ya llega y sabe... Bufan... pero saben que es así.

E: Claro.

PE: Y yo me di cuenta, sabés por qué? Porque antes venían... y se enojaba y a los 10/15 minutos, 'Aaay, tengo que estar una hora esperando?' y se iban... y ahora pasan, una hora y media porque está lleno de gente y esperan...

E: Claro.

PE: (...) Y charlan... y hacen algo... y esperan.

E: Mjm.

PE: Que yo creo que ahí es como que la gente va entendiendo y va aprendiendo... (Registros de campo, 2019).

En algunas ocasiones, el desarrollo de esa función educativa implica “castigar o reprender” ciertos comportamientos. Esto sucedió por ejemplo, cuando una joven que había faltado a un turno con la psicóloga fue a la mesa de entrada a solicitar uno nuevo. Citamos el intercambio y reflexión posterior:

PA¹³³: Hola

P: Turno para [nombre de la psicóloga] tenés? La psicóloga...

PA: Eh... vos tenés orden... ?

P: No... porque yo perdí el turnito que tenía con ella...

PA: Bueno, si lo perdiste vas a tener que hablar con ella.

P: Bueno, listo, vengo a hablar con ella.

PA: Cuánto... cuántos turnos perdiste?

P: Uno... la semana pasada...

PA: Ella te ve semanal?

P: Sí...

¹³¹ PA: refiera al personal administrativo y P: a una usuaria del CMDS.

¹³² E: entrevistadora; PE: personal administrativo

¹³³ PA: refiera al personal administrativo y P: a una usuaria del CMDS.

PA: Bueno, venite mañana, ah no, no viene ella... venite el jueves... y arreglá con ella a ver qué turno te da...

P: Bueno... tamos... gracias.

(Registros de campo, 2019).

En otro momento le preguntamos por qué razón no le había dado el turno:

E: y por ejemplo, esa chica que, no sé, faltó a la consulta... se... o sea, ella después lo arregla con la profesional?

PE: No... porque... el tema con el... a ver... es así... faltan una vez, faltan dos veces... faltan tres veces... y vos tenés mucha gente en lista de espera...entonces vos no sabes si en realidad... realmente lo necesitan... Entonces... cuando ella viene habla con la profesional, la profesional le va a decir: 'Mirá, la próxima vez que faltes...

E: Claro...

PE: O sea, mínimamente tenés que avisar...

E: Y si le habilita... vos... viene acá y te dice ya me dejó... y saca otro...

PE: Sí, por supuesto... Eso lo hacemos... entre las dos...

E: Claro.

PE: Sí...Pero bueno... Que la gente entienda que vos no podés sacar un turno... encima de especialidades complejas, porque psicología... psiquiatría... son cosas que uno no puede perder... y que hay mucha demanda...

E: Claro.

PE: Entonces... hay que respetar también.

E: mjm.

PE: también... porque también se trata de hacer respetar al... al médico...

E: Bien... eh...

PE: Y de que entiendan... que no es así: 'Aaah, saco no voy... voy a...' Porque hacen eso..."

(Registros de campo, 2019).

En general estas prácticas aparecen justificadas en la idea de que debe operar una lógica de solidaridad entre usuarias/os, "es un turno que está dejando sin lugar a otra persona". Además desde la mirada del personal administrativo se sostiene que si para ellas/os es realmente importante no lo van a perder. Es decir no hay un argumento valedero que pueda justificar la inasistencia.

También aparece una cuestión - que resulta fundamental para nuestro tema - que tiene que ver con el educar para garantizar el cuidado de la salud de sus hijos/as (esto ya se explicitaba en la idea de que una

guardia pediátrica haría que se dejen de hacer los controles pediátricos necesarios). Es interesante remarcar que si bien en algunos momentos se hace referencia a los padres, en la mayoría de los casos se refieren a la responsabilidad de “las madres” o “las abuelas”. Estuvimos presentes cuando una mujer fue con sus dos hijas a solicitar atención odontológica para una de ellas:

P: Hola, si la traigo porque le duele la muela, tiene la boca hinchada...

PA: ¿y a esta hora te acordás? ¿Cuánto hace que está así?

P: no lo que pasa que no la pude traer antes. Yo le había dado un analgésico y se la había des...

[la interrumpe]

PA: yo ahora no sé... creo que ya se fue el odontólogo

P: ¿ya se fue?

PA: bueno, vamos a ver, sentate a esperar...

(Registros de campo, 2019).

En esa ocasión el odontólogo aún estaba en el lugar – porque además estaba dentro de su horario de trabajo- y la empleada administrativa estaba al tanto de eso. Finalmente le dice al profesional que la atienda. Allí vemos cómo existe una interpelación a ese “rol de cuidado” que la madre debe ejercer y que está haciendo “mal” por no haberla llevado antes. En otra situación, en la que una persona viene desde la guardia a reclamar que estaban hace horas esperando atención, también se explicita esta idea de que seguramente hay una falta previa de parte de la madre:

P: Si, no... pero a mí me da... me dio... esa bronca... de que veo a la nenita de dos años...

PA: La nenita cuánto hace que está así?

P: Y... nosotros estamos hace dos horas... la nenita estaba anterior que nosotros.

PA: Está bien,... pero... eh... yo... eh... vos ... no sé si la nena está así hace tres días, porque la mamá no la trajo... si... hay que... no lo sabés.

(Registros de campo, 2019).

Es decir que más que poner el foco en el tiempo de espera de la guardia o en las dificultades para responder a la cantidad de consultas, se responsabiliza, se hace referencia a que seguramente esperaron (en realidad esperó “la madre”) mucho para llevarla al CMDS. Compartimos también otro registro de campo, en este caso se trata de una llamada telefónica con la abuela de un joven, donde nuevamente se cuestionan – y controlan- los cuidados:

PA: Centro asistencial... (...) Buenas tardes... (...) Si... vos sos de acá de Pérez? ... Y tenés la orden?... (...)

La guardia, señora, no hace ni órdenes ni lee análisis... o sea, la guardia está para urgencias... no para... no lee ni hace... Su médico clínico quién es? (...) ... Cuánto tiene su nieto, señora? 15 años... eh... y

quién lo atiende? tiene que tener algún médico algo, tiene que tener... Quién lo atiende a él? (...) Dónde vive? Primero, dónde vive? (...) Acá en Pérez, Bien... (...) ... Tiene historia clínica acá con un pediatra? y dónde tiene historia clínica? (...) ... No, pero acá...acá en el Gurí... no tiene... Claro... Entonces, usted, lo que va a tener que hacer, señora, va a tener que sacar un turno... primero... eh... cuánto hace que él no se hace un control? (...) ... Muchos años... por lo que me estás planteando...[risa irónica] Hace mucho... Si... Dos o tres años... (...) Si... no... no me refiero a eso, no me refiero a eso... me refiero a un médico que le haga el control correspondiente al chico... cuánto hace que no lo hace? (...) tres, cuatro, cinco años? Cinco años... Bueno... saque un turno con médico clínico, señora... el 28 se abren las planillas... para médico clínico... le saca un turno... el médico clínico le va a hacer un chequeo... general... porque corresponde con 15 años... que lo controlen... sí? Entonces ahí usted... le pide todo lo que usted quiere... (Registros de campo, 2019).

Cuando termina la llamada nos comenta:

PA: Pero hace de los 10 que no le hacen control en el médico, tiene 15...

E: Eh,... qué problema tenía?

PA: No... que quiere una orden... para la vista...No... yo voy a eso... querés una orden? Bien, tráelo médico lo controle y después le haga la orden. Son adolescentes, y tenés que controlarlos, cómo no vas a... Me enerva ni que fuera la madre... (Registros de campo, 2019).

Esta interpelación al rol de las mujeres como cuidadoras, se ampara en una preocupación por el bienestar de “los niñas y las niñas” o “los adolescentes” y se combina con ciertas miradas estigmatizantes sobre la condición social de las mujeres y sus cuerpos. Así nos señalaba una profesional del CMDS:

“otra de las cosas que se estigmatiza es la gorda del barrio... por ejemplo... 'A esta... esta viene todos los días con los pibes, me tiene hinchada los huevos'... eso lo escuchás mucho... o sea... la cuestión de la... mmm... la pobreza... relacionada a las mujeres...que traen muchos pibes al... al pediatra... es un tema... también... 'eh... viene siempre... bue'... (...) o estas mamás que por ahí... no tienen posibilidad de... de... no sé... la cuestión de la suciedad... la higiene... están todo el tiempo en eso... 'ves q no los limpian, no los lavan'...cuestiones ligadas a la pobreza estructural (Registros de campo, 2019).¹³⁴

¹³⁴ Durante el trabajo de campo una empleada administrativa nos relataba una experiencia para explicarnos que ella al principio juzgaba más, pero que luego comenzó a entender el porqué de algunas cosas. En dicho cambio intervino una profesional que la sensibilizó: “Y acá... vos entendés la realidad en un montón de situaciones... vos por ahí...qué se yo, uno... yo en mi casa, cuando estaba en mi casa sin trabajar acá, vos decías... eh... no podía ver una criatura... eh... venir una criatura al médico sucia... cómo una criatura al médico sucia? No tienen agua... tan sencillo como eso... no tienen baño no tienen agua. Para buscar una botella de agua tienen que hacer siete cuadras... Todo... todo... o sea... la situación... eh es compleja en todo sentido... en todo sentido... esa persona a dónde va?” (Registros de campo, 2019).

Desplegamos algunas reflexiones sobre los registros compartidos anteriormente referidos a lo que denominamos una “función educativa” que asume el personal administrativo (en ocasiones “en alianza” con las/os profesionales) para con las/os usuarias/as del CMDS. Una primera pregunta nos aparecía al intentar analizar las intervenciones: ¿es parte del rol del personal administrativo desempeñar esta función educativa¹³⁵? Y en todo caso ¿desde qué “posicionamiento pedagógico” esta tiene lugar? Un análisis profundo sobre las teorías educativas (en la que se considere especialmente las posiciones que asumen el o la educadora y el o la educando) excede los objetivos de nuestra investigación, por lo que decidimos considerar de modo pragmático las consecuencias inmediatas que dichas intervenciones habían generado. En este sentido, lo que aparece tiene que ver con la construcción de obstáculos o barreras para la atención de las personas: demandas que se niegan por no tener el DNI, turnos que efectivamente no se dan por haber faltado o por considerar que hay controles previos que deben realizarse, entre otros. Es decir que, en realidad antes que con una función educativa que apunte a garantizar derechos nos encontramos con distintas formas de des-trato o maltrato. De hecho el maltrato del personal administrativo (en algunos casos directamente planteado como maltrato y en otros como una sugerencia: “mejorar el trato del personal administrativo”) fue un aspecto mencionado con frecuencia en los comentarios que las personas podían hacer dentro de la Encuesta realizada a usuarias/os del CMDS en 2017.

Una de las posibilidades es entender estas acciones dentro de los que Das y Poole (2008) llaman una “pedagogía de la reconversión” lo que implicaría pensar en una serie de intervenciones a través de las cuales se pretende transformar a estos sujetos en otros - promoviendo ciertos valores como la individualidad, la autonomía y la auto- responsabilidad (Shcuch, 2012). Quizás pueda ocurrir algo de eso, aunque creemos que lo centralmente está operando es una función moralizadora que permea el proceso de la atención y que termina colocando a las/os usuarias/os del CMDS en un lugar de subordinación respecto del personal administrativo (que sabe cómo se cuida “bien”) y especialmente de las/os profesionales. En este sentido Ulloa (1995) considera al maltrato como una forma de sufrimiento social que afecta especialmente a los sectores sociales más postergados. Este tiene lugar cuando para resolver cualquiera de sus necesidades “elementales” una persona depende de otra que lo des- trata o maltrata, es decir que no lo/a reconoce como sujeto, como un igual. Como práctica opuesta, Ulloa nos va a decir que el “buen trato” ocurre cuando en cualquier tratamiento o relación social se incluye la singularidad subjetiva y la escucha basada en la legitimidad y el reconocimiento de la demanda de la persona que padece. En este sentido el análisis detenido de las interacciones citadas muestra que, en general, no hay lugar para esa escucha, sino que se trata de ciertos (pre) juicios ya formados que estos/as trabajadores intentan corroborar (cuestión que retomamos luego para continuar analizándola) y

¹³⁵ Realizamos luego un análisis sobre el ejercicio de esta función considerándolo desde la dimensión organizacional.

en los que se basan – o encuentran justificaciones- para el desarrollo de estas prácticas que realizan como parte de su trabajo en el CMDS.

Ahora nos interesa considerar especialmente dos de los aspectos ligadas a la función educativa que mencionamos. Uno vinculado a la espera y el otro a la interpelación de las mujeres en su rol de madres o cuidadoras. En relación al primero, aquello que analizábamos en el proceso de entrada, sobre los mensajes apuntados a “esperar”, aparece de modo muy explícito en la mesa de entrada principal. Esperar es un ejercicio que debe enseñarse, y se debe hacer con “firmeza”, es decir manifestando insensibilidad ante el sufrimiento o la demanda, ya que de ese modo es como se logra la espera paciente (Auyero, 2013). Además es interesante pensar cómo esta inevitabilidad del esperar, encuentra su justificación en el valor “supremo” que constituye la salud: “la salud, los controles, son lo más importante, o lo suficientemente importantes como para que las personas esperen todo lo que sea necesario”. Mostrar la actitud contraria, irse porque se cansaron de esperar, o reclamar atención “rápida” da cuenta de que no se le da a la salud o al cuidado de ella el valor que realmente tiene. De este modo se borra cualquier pregunta sobre si cualquier prestación en salud tiene igual importancia, si para todo debe esperarse o si no existe una modalidad organizativa posible centrada en los/as usuarios.

Aunque sea posible coincidir en el valor que tiene el “gozar de buena salud”, también podría ocurrir que en el discurso del personal administrativo nos encontráramos con una sensación de indignación respecto a la falta de recursos (dimensión material de la accesibilidad) para poder responder a todas las demandas del modo más sencillo posible para las personas (como sucede por ejemplo en otras/os trabajadoras/as del CMDS), pero eso, desde su punto de vista puede llevar a que “se mal acostumbren, a que se vuelvan cómodas”, en definitiva a que no aprendan. Ahora bien ¿qué es lo que tienen que aprender? Esta cuestión de la espera (que produce incertidumbre y arbitrariedad) – analizada desde la perspectiva de Auyero (2013)- aparece nuevamente como un modo de “ubicar” a las personas en un cierto lugar de la estructura social y, en este caso mostrar la distancia con las/os profesionales. Existe allí una necesidad de poner en acto la asimetría entre un lugar “intocable de los médicos” y las/os usuarias/os que “deben” esperarlos. Se presenta como una tarea del personal administrativo sostener (o evitar que decaiga aún más) ese lugar de autoridad, de prestigio social vinculado a las/os profesionales de la salud que mencionamos como posiblemente deteriorado en los apartados anteriores. Como señala Schwartz

En general, cuanto más poderosa e importante es una persona, más debe regularse el acceso a ella (...) cuando nos hacen esperar demasiado tiempo, somos sujetos de una afirmación que dice que nuestro tiempo (y por lo tanto nuestro valor social) vale menos que el tiempo de quien impone la espera y que tenemos menos mérito que esa persona (Schwartz, 1975, p. 856 en Auyero, 2013, p.46-47).

Esta idea de la espera se vincula a su vez con ciertas visiones estigmatizantes que recaen especialmente sobre las usuarias “mujeres y madres”: aprender a esperar parece ser un atributo de las buenas madres. Aunque en muchos casos el cuestionamiento sea haber “esperado mucho” para llevar a sus hijas/os a un “control” en el CMDS. Se pone en juego aquí el otro aspecto que nos interesaba analizar de esta función educativa: la interpelación de las mujeres en su rol de madres o cuidadoras; teniendo en cuenta que en general son las que se acercan con una preocupación ligada a usos de sustancias por parte de sus hijos. Encontramos en las citas mencionadas cuestionamiento sobre su rol, que desde el punto de vista del personal administrativo no es bien ejercido: seguramente no le tramitaron el DNI, seguramente demoraron en traerlo porque no querían esperar o no le dieron importancia, seguramente hace 10 años que no le hacen un control, seguramente “son malas madres”.

Algunas de las interacciones citadas que inscribimos dentro de esta función “educativa”, pueden pensarse desde lo que Graziano (2017) denomina como el “arte de hurgar”. Una práctica que realizan las delegadas inspectoras con los jóvenes y sus familias: se trata hurgar en su intimidad, de conocerlos “bien”. Para Graziano, este “arte” puede desplegarse porque “está naturalizado que [estos jóvenes y sus familias] tengan que dar explicaciones frente a ellas, es ‘normal’ que cuenten todo, que abran las puertas de su intimidad, que respondan” (p.100) Esta situación, como vemos luego, también sucede en algunas ocasiones en el CMDS, en general relacionada con la idea de que para “ayudar” es necesario saber lo que les sucede. Sin embargo, el arte de hurgar puede tener – no de modo explícito e incluso consiente- otras intenciones. Como señala Graziano:

En los detalles más que entender las particularidades de cada historia de vida, de cada familia, de cada joven, el lugar de relevancia dado a las preguntas cristalizadas y recurrentes del cuestionario me mostraba una cierta pretensión que confirmar esos patrones, de ajustarlos a clasificaciones ya construidas por la experiencia de trabajo (...) evaluaciones que ponen en juego un modelo de familia normal y sus desvíos (p. 100-101)

El objetivo prioritario, antes que el de conocer las particularidades de las situaciones (por qué se ausentó, por qué no tiene el DNI, por qué no fue “antes” etc.), parece ser el de confirmar patrones de conducta que ya saben que son ‘desviados’ en relación a los patrones morales/sociales dominantes desde los que evalúan los comportamientos de otros grupos sociales. En nuestro caso, se trata de confirmar – más allá de lo que efectivamente puedan expresar estas mujeres, madres, abuelas y hermanas- aquellos “seguramente” a los que nos referimos en los párrafos anteriores. En este sentido, como señalaba en una entrevista una de las trabajadoras del CMDS “hay como estereotipos así muy... la... la madre q... abandona... la madre q no sabe cuidar a su hijo... yo con esto de las mujeres y las madres... y que se yo... insisto mucho porque... se repite todo el tiempo...” (Registros de campo, 2019).

El derecho a la intimidad y la confidencialidad, en jaque (y no solo en la mesa de entrada)

En algunas de las entrevistas realizadas y conversaciones informales hablamos sobre la llegada de demandas de atención vinculadas a consumos de sustancias en la mesa de entrada principal. Una de las empleadas administrativas nos comentaba que eran habituales las consultas realizadas por las madres. Cuando consultamos si solían pedir directamente asesoramiento en relación a un consumo que les preocupaba o de qué modo aparecía nombrada esta problemática, nos comentaban que en general, solicitaban un turno con la psicóloga. En este sentido, una de ellas afirmaba que

son cosas que aquí [refiriéndose a la ciudad de Pérez] más bien las tapan y son muy reservados, si alguien consulta por eso por lo general primero por ahí pide por algún psicólogo directamente o alguien que los guíe, pero en sí, preguntar... no, esas cosas las suelen tratar de tener tapadas, es así acá por lo menos todavía, en esta parte de, en la ciudad, no sé en Rosario pero acá es así (Registros de campo, 2020).

Más allá de hacer explícito el supuesto de por qué no se quiere hablar de eso, cuando las personas piden un turno con una psicóloga, desde la mesa de entrada principal le preguntan “¿por qué motivo es?”. Esta situación nos llamó la atención, es decir que exista una pregunta por el motivo de consulta para la psicóloga (en realidad que exista una pregunta para el motivo de consulta de cualquier prestación nos resultaba llamativo) por lo que indagamos al respecto:

E: En general, vos le preguntás por qué temas?

PE: Eh, sí. La gente por ahí le cuesta mucho contarte...

E: Por ejemplo, yo te digo 'Quiero un turno para la psicóloga'... y vos me anotas y después se ve para quién...

PE: Claro... no... yo te pregunto..

E: Claro.

PE: Si... si...hay gente que lo dice sin problemas... o sea... mirá... yo trato de preguntarles solo... o sea... por qué motivo es...

E: Claro.

PE: Cómo te puedo ayudar...

(Registros de campo, 2019)

En los casos que dicen que es una cuestión de consumo, nos señalaba: “entonces yo sé, si lo derivo allá arriba... a hablar con la trabajadora social”. Es importante tener en cuenta que la referente principal de ese “arriba” (donde está el CEMAP y el Servicio Social del CMDS) es la trabajadora social, no la coordinadora del

CEMAP. Sin embargo han existido ocasiones en que frente a una consulta específica de pedido de asesoramiento sobre el consumo de un familiar les toman los datos en un papelito y lo colocan en la carpeta “de las psicólogas”¹³⁶. Esta situación – que consideramos luego en la dimensión organizacional- genera malestar en el equipo de CEMAP con sus compañeras/os, porque argumentan que con el tiempo que llevan trabajando allí “no puede ser que se equivoquen” y con quienes gestionan el CMDS porque “no se realizan reuniones con todo el equipo de salud en el que se puedan ajustar estas cuestiones”. Es decir que debido a las falta de reuniones de coordinación no está totalmente ordenado el proceso de trabajo. En cuanto a sus compañeras/os el malestar está especialmente vinculado a una sensación de “invisibilización del CEMAP” antes que un enojo en sí porque comentan esta “equivocación”¹³⁷.

Retomando la cuestión relativa a la pregunta por el motivo que llevaba a pedir el turno, consultamos al personal administrativo si para todas las prestaciones se indagaba sobre el mismo. Nos comentaron que se solía preguntar cuando había problemas para ofrecer un turno “pronto”, ya que de esa forma se podía dimensionar la gravedad o posible urgencia de la consulta y priorizar la atención. El caso de los turnos con las psicólogas, aparece como uno de esos y de hecho en ese papelito que se anota y se coloca en la carpeta correspondiente, se aclara si la cuestión, de acuerdo en ocasiones a la evaluación del mismo personal administrativo, necesita de un abordaje urgente (en otras ocasiones puede ser otro/a profesional el/la que solicite que se anote en un papel de dicha carpeta y se aclare la urgencia - o no - del caso). Hacia fines del año 2019 este modo de registro se modificó y se incorporaron planillas, una especial para aquellos pedidos de derivación de las/os profesionales del CMDS.

¹³⁶ En una de las entrevistas se hacía referencia a la precariedad de este procedimiento: “... yo no... no es que intento que las cosas sean burocráticas, pero sí ordenadas... Entonces el otro día yo baje... al... el miércoles... a la reunión de admisión de las psicólogas... porque tenía que comentar un par de situaciones, pero... bajé y de paso, digo 'a ver, cuéntenme cómo hacen ustedes...'. Cuando empecé a ver la carpetita... en la que le dejaban los casos... digo 'Chicas, esto es vergonzoso... que te dejen un papelito así, con un teléfono... y un nombre... pide turno para el psicólogo' digo... esto no...

E: Eso de la... de la entrada... de la administración...

PE: De la mesa de entrada... Claro... de la mesa de entrada... o de un pediatra... o de...

E: Ah, no hay, no hay una, una carpeta?

PE: No... entonces, les digo 'armemos una planil...' mínimo una planilla ordenada... de derivación con los datos... que ustedes consideren que sí o sí tienen que estar... mínimo un motivo de derivación... si es de un profesional, si viene el padre, si viene la madre... quién viene a pedir...” (Registros de campo, 2019) Esta nueva planilla se incorporó hacia fines de 2019.

¹³⁷ Nos señalaba una de las personas que pertenece al CEMAP en la entrevista: “Hace un año venimos diciendo que hay que hacer reuniones con todo el personal del Gurí... Explicar un poco qué hacemos... y bueno, ver el tema del prejuicio... y todo eso, porque eso se (...) a veces directamente te piden un turno para una psicóloga porque el hijo se droga... Y le dan el turno para la psicóloga... ¿Me entendés? Después la psicóloga deriva... Todo el mundo sabe que estamos arriba. Gente que nos ve todo el tiempo laburando con esto. Se ve que en el momento, no... Ni bola... Le dan...” (Registros de campo, 2020).

Ahora bien, como el propio personal administrativo señala, hay casos en que la persona no quiere comentar “el motivo”, y sin embargo intentan que lo puedan contar, siempre bajo el amparo de que es preciso conocer para de ese modo ayudar. Citamos un ejemplo de esta situación:

PE: Y viene... ponele una mamá... y... te dice 'mirá... eh... quiero una consulta con la psicóloga...' y... porque muchas veces son las madres... y... a mí me pasó que viene una mamá... hace poco y... y estaba tensa y nerviosa... y... y... yo la llevé allá dentro... [es el consultorio donde trabaja la técnica de familia] y le digo 'tranquilizate, decime en qué te puedo ayudar'... y no sé, no sé... no te puedo decir... lo que pasa es que sí... yo te traje sola... no me digás... los detalles... pero.. tirame algo para ver yo... dónde... cómo puedo encarar la situación...

E: Claro.

PE: Entonces ella ya... te tira que... La mamá había descubierto que el hijo estaba fumando marihuana... era... parecía otra cosa... eh... o sea... más grave, o sea, es grave... pero... bueno... Parecía más grave. Entonces yo le digo 'bueno, tranquila' entonces la derivó a que hable con [la trabajadora social]. Entonces [la trabajadora social] allá arriba... se encarga de... hablarla de calmarla... explicarle los pasos a seguir...

Pese a lo señalado por el personal administrativo en aquella entrevista, en las interacciones que observamos las preguntas sobre los motivos de consulta resultan bastante frecuentes y que en general se espera que los mismos sean comentados. De hecho existe una cierta suposición de que si algo no quiere ser contado, es porque seguramente se trata de una situación grave, como se deduce de la intervención anterior, lo que promueve mayor interés en averiguar, en lugar de operar como un límite que marca un/a ciudadano/a con derecho a su privacidad. Parecería que “no hay mucho margen” para reservarse el motivo de consulta en la mesa de entrada principal.

Aquí nos encontramos con una cuestión fundamental para pensar la problemática específica que estamos abordando. Por un lado porque el hecho de que aparezca como necesario dar cuenta del motivo de consulta (más allá de que la intención sea poder orientar) puede constituirse en un obstáculo para solicitar atención si la persona no quiere exponerse, y resulta violatorio de la Ley de derechos de los/as pacientes, aunque no existe conocimiento de ello. Además no es posible pensar esta práctica de “indagar los motivos” desvinculada de ciertas miradas a las que ya nos referimos, en relación a las madres que las colocan en lugar de “cuidadoras cuestionables”.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que lo que se “cuente” (el motivo de la consulta, una explicación por no haber asistido a una consulta, una justificación en relación a una fecha de vencimiento de una orden, etc.) puede ser sometido a una evaluación de veracidad por parte del personal administrativo. En

este sentido en el trabajo de campo observamos algunas interacciones y comentarios que dan cuenta de que, también entre las prácticas del personal administrativo, se incluyen las de estar atentas/os a las posibles “mentiras” que las personas pueden decir con el objetivo de obtener algún tipo de “beneficio” ligado a la atención. En dicha “detección” o “evaluación de veracidad” tiene un papel sumamente relevante el conocimiento que “por ser de Pérez” se tiene de la otra persona. En este sentido, el aspecto vincular que consideramos dentro de esta dimensión simbólica a la que nos estamos refiriendo, aparece teniendo un peso determinante en muchas ocasiones, para habilitar, obstaculizar o inhabilitar el acceso a una prestación. Recuperamos un diálogo con una de las empleadas administrativas:

E: y en general, conocés a la gente que viene?

PE: Si...

E: Por el mismo centro... o por tu vida en la ciudad... o ...?

PE: No, yo más que nada por la vida en la ciudad... siempre...

(Registros de campo, 2019).

En dicho conocimiento y en su caso particular, influyó un trabajo anterior que le había permitido vincularse con muchas personas de la ciudad:

PE: sé cómo viven... sé quiénes son... sé de dónde vienen... entonces eso también me ayuda mucho... para saber... realmente si no me mienten... si me mienten ... porque eso también...tenés muchas cosas.

E: Ah, ah... eh... si te mienten en qué sentido?

PE: En general... o sea... eh... si... te.... si te pintan una historia que no es... o sea no sé...

E: Ajá.

PE: Vienen y te pintan un dilema... que vos sabés que no es cierto... no sé cómo explicarte... qué sé yo... Vienen y me dicen 'No, porque no, yo viví mal toda la vida... tuve una...' y vos sabés que es mentira... o sea... o que te... que tengo un... yo por ahí con eso yo también conecto mucho con [un nombre de una de las profesionales] y la ayudo... [esta profesional] me pregunta 'Conocés a tal persona?, ¿cómo viene?' 'si, de buena familia...' viene así, así... entonces uno va... dentro de todo... Entre todos nos ayudamos... y vamos hilando finito hasta que... es lindo...

(Registros de campo, 2019).

Este “ir hilando finito” -basado en la desconfianza que emerge desde una posición de prejuicio- en general implica bucear en la vida de las personas, vulnerando sus derechos como usuarias/os de un servicio de salud, en este caso especialmente el vinculado a la intimidad. En algunos casos implica incluso negar atenciones. En otra entrevista con dos profesionales del CMDS hablando sobre la existencia de ciertos

prejuicios en esta institución, nos relataron algunas experiencias en las que se explicitaba que “conocer o ser conocido/a” podía condicionar en este caso “negativamente” el uso de los servicios. Recuperamos una de ellas:

PE1: Por ejemplo... el otro día vino [un usuario del CEMAP] y [una de las empleadas administrativas] no quería darle el turno porque le había robado a la hermana... entonces 'qué le voy a dar un turno?'

PE2: Le decía la psicóloga... “pero yo...”

E: De la parte administrativa no le quería dar un turno a alguien?

PE1: No... no...

E: Por qué?

PE1: Porque le había robado a la hermana...

PE2: Porque le había robado a la hermana (Risas)

PE1: Que ya lo conocen... Entonces, entonces, [la psicóloga] me dijo 'pero es mi paciente, no podés decirle que no'... Bueno, esas cosas hay que...

E: Claro, y ahí le iba a preguntar, la cuestión de la... del tamaño de la ciudad... o más allá del tamaño, porque no es una ciudad tan chica... pero de... que la gente se conoce, influye, no influye...

PE1: Muchísimo

PE2: Sí....

PE1: Muchísimo...

PE2: Totalmente...

PE1: Todo el tiempo tener que estar marcando que, que, que... Eso que te... Que, que, que hay cosas confidenciales... que vos a la persona la tenés que tratar como una más... 'Ah, viene la loca' ' Ahí viene el borracho' 'Ahí viene...' 'Este sabés lo qué es?' 'Este se va con fula...'

PE2: 'Otra vez este'

Es preciso tener en cuenta que muchas de las afirmaciones en general desacreditadoras sobre usuarias/os del CMDS se realizan de parte de varias/os trabajadoras/es del CMDS, es decir que no sucede solo con el personal administrativo si no también con algunas/os profesionales. A su vez, si bien en algunas ocasiones aparece una especie de “alianza” o estrategia conjunta entre la parte administrativa y ciertos/as profesionales para “detectar mentiras” o poder “conocer [o juzgar] a una familia”, encontramos en nuestro trabajo de campo varias críticas a estas prácticas de parte de otras/os trabajadores/as del CMDS. En este sentido, una trabajadora nos señalaba:

PE: Si, cuesta mucho. Acá, por ejemplo, cuesta mucho... yo el... el otro día lo hablaba con, con [una empleada municipal de otra dependencia] cuesta mucho la función pública entendida como... eh... no desde el lugar de pueblo... o sea, yo te conozco sé quién sos, pero no tengo por qué... decir en mesa de

entrada 'ahí viene...' la que... o el q... o el que pasó por tal cosa... Eso... todavía acá... circula mucho... 'No porque yo lo conozco, porque es vecino mío'... no, a mí no me impor... yo vivo diciendo ' a mí no me importa... '(Registros de campo, 2019).

Sin embargo, en nuestro trabajo de campo reconocimos que para algunos/as trabajadores/as del CMDS, no tener garantizada la confidencialidad en el CMDS no se asume como responsabilidad institucional, sino como un problema de parte de las/os usuarias/os o en todo caso de una “sociedad conservadora”. Citamos a continuación un fragmento de la entrevista con el Secretario de Salud que da cuenta de esto que estamos planteando, al referirse a que las personas prefieren dirigirse a la ciudad de Rosario para ciertas prácticas:

PE: Pero en realidad, cuando uno indaga, cuando habla con esa persona... no es ese el problema, el problema es que no se lo quieren hacer acá... por qué? porque la gente de Pérez la juzgaría... vamos al caso que yo les empecé a conseguir a los chicos con VIH, la medicación para que la retiren en el centro de salud de acá... acá o en Cabín, y no vayan todos los meses al Centenario... Nadie la quiso venir a buscar acá...

E: Claro...

S: Entonces es una ciudad muy acartonada, muy dura, muy rígida...

E: Pero... ahí, en algún punto, vos cuando decís de una sociedad, qué pensás de las personas que no la quieren venir a buscar, que se sienten expuestas al venir?

S: Totalmente, y sí van a decir 'Ah... vino fulanito de tal... y se va a enterar todo el mundo que tengo VIH'... en este caso...

(Registros de campo, 2019)

En este punto, es llamativo que el impedimento se piense en relación a “una ciudad muy acartonada, muy dura, muy rígida” y no a ciertas garantías de preservación de las/os usuarias/os que no logran establecerse en el CMDS. Es decir que al “problema” (aunque en ocasiones pueda ser facilitador y no obstáculo) de que quien te recibe sea alguien que uno/a conoce, se suma el hecho de que lo que “cuenta” (que como vimos es en muchos casos una demanda) no sea debidamente resguardado. Así conversábamos con otra trabajadora del CMDS, donde nuevamente se da cuenta de que una cuestión que trasciende al personal administrativo:

E: O sea que también la cuestión de la confidencialidad, del secreto profesional está... es... es...

PE: Y es... es complicado... Hay profesionales que son... chapeaux, geniales... Y hay otros que... Es complicado manejar algunas cosas... eh... (...) De, de... confidencialidad en el sentido de que... de... de todo lo que apare... O sea, en los pasillos... Yo, por ejemplo, soy muy reservada, entonces... si alguien me agar... 'Vino fulano... mengano'... No, pará, vamos... vemos dónde... siempre, viste? sino en el

medio del pasillo, está atestado de gente, y a mí me están diciendo 'vino fulana, porque quería...', no, no....

E: Claro, eso está instalado bastante?

PE: Entonces es... todo un laburito...

(Registros de campo, 2019)

A su vez, y como ya mencionamos antes, del mismo modo que este “conocer” puede implicar negar u obstaculizar la atención, también puede suceder lo opuesto. Es decir que existen ciertos beneficios (sobre turnos, excepción de pago, facilitar medicamentos, etc.) que se otorgan a quienes son conocidas/os y tienen buena relación con algunas/os de las/os trabajadoras/es, más allá de que estas personas sostengan “prácticas o posiciones sociales idénticas” a las de quienes pueden haber sido disuadidos en el uso de los servicios.

En este sentido es importante considerar, lo que Eilbaum (2012) llama moralidades situacionales, es decir aquellas que se construyen en el momento de la interacción¹³⁸. En lugar de apelar a la existencia de ciertos valores morales homogéneos o estáticos que operan en quienes desarrollan sus tareas como administrativos/as, resulta conveniente reparar en que en el encuentro con usuarias/os particulares se ponen juego ciertos preceptos morales que son situacionales y pueden ir cambiando dependiendo de las interacciones¹³⁹. Así por ejemplo, en la conversación con esa madre que no quería contar lo que le pasaba (y pese a esta práctica cuestionable de la indagación) no aparece de parte del personal administrativo un juicio sobre ella y se la deriva para ser asesorada. Sin embargo podemos pensar que el hecho de que la situación la pone muy mal, es decir que se muestra “realmente preocupada”, es considerada una actitud que se valora de parte del personal administrativo. Del mismo modo que sucedía en la guardia (en ese caso vinculado especialmente al rechazo de potenciales conductas agresivas) aquí también se espera de las personas cierta actitud: mostrarse afectadas por la situación.

Teniendo en cuenta las cuestiones señaladas anteriormente (el pedido de los motivos de atención, el someter lo que las personas cuentan a una evaluación de veracidad, esta mirada un tanto juzgadora que recae sobre las madres) resulta comprensible quienes pueden acudir a la ciudad de Rosario lo hagan o que busquen otras alternativas en la ciudad (como vemos luego). De hecho la actual Coordinadora del CEMAP también nos relataba que hace varios años atrás, cuando quiso consultar preocupada por el consumo de sustancias de sus hijos se dirigió a la ciudad de Rosario dado que “no quería hablar con nadie de Pérez, porque me daba vergüenza” (Registros de campo, 2014). En este sentido, existe un sentimiento de vergüenza respecto al

¹³⁸ Hablamos de interacción en el sentido que la define Goffman (2004) como la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata.

¹³⁹ Vianna (2010) señala que “la moral no puede ser definida en términos predeterminados o, mejor dicho, no puede ser tomada como un conjunto claramente definido y estanco de comportamientos y valores”

consumo de sustancias de sus hijos/as que no responde solo al hecho de que se trate de una práctica criminalizada (y estigmatizada como pocas) sino que también responde a un discurso socialmente compartido que las considera responsables (culpables) de dichas prácticas. Las miradas menos prejuiciosas extienden dicha responsabilidad a las familias. Si bien esta cuestión de la vergüenza excede ampliamente a lo que puede suceder efectivamente en el CMDS, en este lugar nos encontramos con ciertas prácticas y miradas estigmatizadas de estas madres, que pueden obstaculizar aún más la llegada de las consultas o su capacidad de alojarlas. A su vez, teniendo en cuenta los estereotipos que reconocimos en el CMDS en relación a las mujeres, es preciso considerar también qué sucede (en cuanto a capacidad para alojar una demanda) cuando la práctica de consumo es ejercida por mujeres (sean madres o no), cuestión que abordamos en próximos apartados.

“La acreditación de una imposibilidad”

En nuestras observaciones y entrevistas reconocimos ciertos discursos que hablan de usuarios/as “legítimo/as” del CMDS y de otros/as que, pese al precepto de que “la atención no se le niega a nadie”, como se considera que cuentan con una cobertura de salud, se las/os intenta disuadir del uso de los servicios. En este sentido se apelaba desde un posicionamiento moral (donde lo público es “para el que no tienen otra cosa”) a que intenten resolver sus demandas de salud por fuera del CMDS –a excepción de la guardia donde esto se contempla considerando la ausencia de otros efectores que brinden este servicio-. De este modo y como ya señalamos, tener obra social puede ser un obstáculo considerable para hacer uso de los servicios del CMDS. Esto sucede especialmente con las prestaciones de salud mental dado que se considera que los tratamientos pueden ser largos (es probable que no sea una única consulta) y se ocupan los lugares disponibles. Aquí nuevamente el personal administrativo desarrolla un rol fundamental, porque si bien “en teoría”¹⁴⁰ quien define si una persona “realmente” necesita acceder a la atención de una prestación del CMDS “a pesar” de tener obra social es la trabajadora social¹⁴¹, dicho personal en ocasiones disuade o rechaza atenciones sin ofrecer la posibilidad de hablar con la profesional correspondiente para autorizar el uso. En una entrevista con dicho personal le consultábamos:

E: Pero si por ejemplo, yo quiero sacar un turno para no sé... las psicólogas o algo...

PA: Sí...

E: Si tenés o no tenés cobertura... vos eso... igual se lo das o...

PA: No, no... sí... nosotros... el turno no se le niega a nadie. Se prioriza el que no tiene obra social siempre.

E: Claro.

¹⁴⁰ Decimos “en teoría” porque no es algo establecido con claridad.

¹⁴¹ También puede definirlo en algunas ocasiones el Director del CMDS, la técnica en familia o el Secretario de Salud.

PA: Si? O sea... vemos que hay obras sociales que son muy malas... y sabemos que hay obras sociales que son buenas. Entonces se mira eso también.

Este “priorizar” implica, como mencionamos en otros apartados de este escrito “patear el turno para adelante”. A su vez nuevamente hay una evaluación que tiene que ver con la percepción de las obras sociales, si la persona le responde que tiene una obra social considerada “buena” resulta aún más complicado que se considere la posibilidad de atención, aunque también influye el conocimiento de la persona y su entorno – más allá del tipo de obra social que tenga-. En este sentido no existe un criterio unificado entre el mismo personal administrativo. Comentamos a modo de ejemplo un caso en el que una persona se presentó a sacar un turno con la psicóloga, en ese momento se lo dieron sin inconvenientes (aunque contaba con cobertura), tuvo la primera entrevista con la profesional y cuando fue a gestionar el próximo turno en otro horario le consultaron nuevamente si tenía obra social. Al responder que sí le dijeron que no podían darle el turno porque se priorizaba a quienes no disponían de ella. En ese momento le avisaron a la profesional que no la iba a poder atender más por tener obra social. Esta persona volvió a acercarse al CMDS y “por su cuenta”, es decir no es algo que le ofrecieron desde la administración, pidió hablar con la trabajadora social para explicarle que ella, más allá de tener cobertura, no podía pagar ni las órdenes ni los copagos requeridos, por lo que le pedía que le autorice la atención. Citamos a continuación un fragmento de la entrevista con esa trabajadora del CMDS que tiene este “rol” de evaluar o “acreditar” las dificultades de las personas con obra social para ir a otros lugares:

PE: Yo soy la que determino... quién tiene y quién no... porque parece que te ponen en ese lugar...

E: Ah, a vos te preguntan, si vos lo habilitas? o te...

PE: No, te dicen 'yo te mando una persona... que dice que no tiene medios...' Yo el otro día por ejemplo pedí...

E: O sea, la persona tiene que decir 'no tengo plata para pagarlo'.

PE: Si, no puedo pagarlo... Si...

E: Y? qué pasó?

PE: Y... hoy... vino al otro día una chica... que... es empleada municipal... con un... una de las categorías más bajas... un sueldo... viste lo que son nuestros sueldos? Una miseria... tiene muchísimos problemas... pedía una psicóloga... eh... por IAPOS... le cobraban... tres órdenes más cuatrocientos pesos por semana... son dos mil, dos mil y pico de pesos por mes.... No lo puede pagar... Vino a... a pedirme a mí... eh... que... que... vino a hablar conmigo, para que yo le dijera si podía... eh... atenderla(...) o sea... venía al centro de salud porque no puede pagar una particular... entonces yo bajo a hablar con [nombre de una de las psicólogas] y me dice: “pero yo ya hablé con esta chica... ya había tenido una primer entrevista y todo... pero me dijeron que no en administración porque tiene obra

social...” (...) Y yo me quedé... digo 'Pero [nombre de una de las psicólogas]... 'digo... 'está bien... tiene obra social... pero... 'está diciendo... todas las dificultades que tiene... todo el...'

E: Y quién le dijo que no? En administración?

PE: En administración... en... yo le digo administración allá adelante... Eh... También... yo no digo que atendamos... no sé... a un empresario... una discusión larga de la salud pública... Que venga un empresario con, no sé, la mejor obra social del mundo... y bueno... ahí yo me pondría a decir 'a ver... porque no tenés....' Pero... está chica... que yo sé que debe ganar, si gana... 20000 pesos al mes... si gana... digo... va a tener que pagar dos mil pesos aparte... digo... no me parece... y [la psicóloga]' ta bien, pero a mí ... me'... 'No... dale un turno, yo soy la que dice si hay pobre...' Como diciendo [Entre risas] me... a mí no me gusta... en el... porque para mí no es así... pero... bueno, a ver... si yo creo que hay un valoración... o una cuestión o una cuestión de... sentarme con el otro... y ver... ver las dificultades reales que tiene... no porque tenga obra social... está excluido...

Existe otra situación en donde nuevamente es requerida una “acreditación de imposibilidad”. Se trata de aquellos casos en que una persona necesita acceder a prestaciones que dentro del CMDS tienen un costo (radiografías, ecografías y ciertos profesionales que mencionamos antes, que no son trabajadores del CMDS y que cobran por sus consultas) y no dispone de los medios económicos para hacerlo. Aquí el personal administrativo parte de la suposición de que de las personas los pueden abonar y si es que no, es la misma persona quien debe primero enunciar (en ocasiones explicar también las razones) por las que no puede pagarlo. En estos casos existe como criterio relativamente unificado pedir que lo autoricen, es decir que firmen la consulta o procedimiento “sin cargo” la trabajadora social del CMDS, el Director del CMDS, la técnica en familia o el Secretario de Salud. En nuestras observaciones resultó una pregunta habitual de parte de las/os usuarias/os ante el pedido de turnos preguntar “¿cuánto sale?”, lo que nos permite pensar en una naturalización en relación a pagar por servicios que se prestan en el CMDS¹⁴².

En relación a esta práctica de acreditar que pese a tener obra social se necesita hacer uso de los servicios del CMDS podemos pensarlo como una forma de regular la demanda – especialmente cuando la oferta de prestaciones presenta dificultades en relación a los plazos para dar respuesta, aunque también puede pensarse como un “rito de paso” (Van Gennepe, 1986) a través del cual convertirse en usuaria/o legítimo, y en esto la posición social juega un rol central: para ser un/a usuaria/o legítimo es preciso “no tener otra cosa” o mejor dicho “ser como el que no tiene otra cosa”. Una vez asumida esa condición pareciera que se vuelven “legítimas” también ciertas prácticas naturalizadas para quienes no tienen otras opciones: hacer esperar, hacer ir a las personas muchas veces para sacar un turno, retar, indagar. Prácticas que caracterizan lo que Auyero

¹⁴² De hecho en la Encuesta Realizada en el año 2017 a usuarias/os solo un 3% mencionó en los comentarios un desacuerdo o malestar respecto a que haya prestaciones por las que se tenga que abonar una suma de dinero.

(2013) llama modelo “paciente” como forma general de relación de los sectores pobres con el Estado. En algún punto, tanto en este caso como en el que es necesario para obtener la orden sin cargo, manifestar que aquello que tiene un costo “no se puede pagar” (con acreditación de “autoridad competente”) nos encontramos con intervenciones que disputan el sentido de la salud pública como derecho y en su lugar se presenta como un acto de beneficencia. En ese sentido ser “beneficiario social” antes que un/a ciudadana a la que le corresponden ciertos derechos, como el de la salud, “implica subordinarse a la voluntad de otros” (Auyero, 2013, p. 187)

Ahora bien es importante considerar cuáles son los efectos más profundos de estas prácticas que relatamos. Fassin (2018)¹⁴³ en su estudio sobre el acceso a un fondo de ayuda social, analiza los contenidos de las solicitudes que deben presentar las personas, donde pareciera que para suscitar la generosidad de la administración hay que hablarle de un “cuerpo que sufre”. Este autor se pregunta, dado que en realidad no es dicho relato “descarnado” el que termina definiendo a quiénes otorgar el dinero o lo que se solicite, cuál es la razón de ser de este pedido: “¿el sentido de esta política no estará más que en el contenido de un relato sobre cuya base se decida o no otorgar bienes, en el hecho mismo de que la persona esté obligada a enunciarlo para obtenerlos?” (p.99) ¿Cuál sería el sentido de ese enunciado como obligación? Para el autor se trata de procedimientos que tienen consecuencias sobre el doble proceso de subjetivación y sujeción, es decir de construcción de sí y de sometimiento al Estado. Así señala Fassin:

Cuando la mujer sin empleo habituada a percibir una asignación o un ingreso mínimo como derecho y, de vez en cuando, a salir a la calle para manifestar y defenderlo, debe ponerse frente al Estado en una relación de obligación, presentarse como víctima y exhibir las pequeñas y grandes miserias a las cuales su cuerpo está expuesto a cada instante (el hambre, el frío, la enfermedad), es razonable pensar que queda afectada la idea que tiene de sí misma y de su relación con el mundo social. (...) Considerar que los individuos se someten en cuerpo y alma a esa empresa que los fuerza a exponer su vida como aval moral para merecer la generosidad pública sería redoblar el proceso de victimización obrante en esos dispositivos. (p. 100)¹⁴⁴

¹⁴³ Este autor se dedica a estudiar las solicitudes enviadas a la Dirección Departamental de Asunto Sanitarios y Sociales de Seine-Saint-Denis para acceder a un fondo de urgencia social creado por el gobierno para responder a las demandas de un movimiento de desempleados y precarios en 1998.

¹⁴⁴ Sobre este efecto en relación a la configuración de sí y de sometimiento al Estado, queremos recuperar una reflexión hacía durante la entrevista la madre de Ezequiel, al recordar aquella escena dentro del consultorio, en la que a pesar de ser víctima del ejercicio de la violencia institucional manifiesta un sentimiento de culpa por no haber defendido a su hijo:

P: Y ese día... yo sentí que no pude defender mi hijo... Que en realidad yo tendría que dar la vida por mi hijo. Entendés? Si me pusieran en una encrucijada...

P: Eh... me hicieron sentir eso, entendés? De que no pude defender a mi hijo como lo tenía que defender... (Registros de campo, 2019).

Se trata de la construcción de un tipo de ciudadanía que acepta la obligación en lugar del derecho. Algo similar sucede en estas interacciones donde deben “acreditarse condiciones” o en aquellas narradas anteriormente, donde para acceder a los servicios de salud se deben exponer cuestiones íntimas, que conmuevan, pero que no “te pintan una historia que no es”, ya que deben resultar creíbles o compartibles con los conocimientos previos de esas personas por vivir en la misma ciudad.

Por otro lado, es interesante considerar el desgaste de quienes trabajan constantemente en la recepción de las demandas de atención, “lo que significa estar en ese mostrador dando turno todo el tiempo” (Registros de campo, 2019). En este sentido, si bien por un lado aparece como requisito dar cuenta de ciertas necesidades y condiciones para recibir asistencia, por el otro sucede (no en todas/os las/os trabajadoras y no todo el tiempo) otra cuestión que señala Fassin (2018), esa exposición y confrontación permanente con `toda esa miseria´ “la repetición de las mismas desdichas, la sucesión de las mismas quejas, produce una suerte de extinción de los afectos (...) una erosión de los sentimientos” (p.99). Así se termina sospechando, se duda de la veracidad de las historias contadas y de las necesidades “confesadas”. Sin embargo, en otros espacios del CMDS expuestos quizás aún más a trabajar diariamente con situaciones de extrema vulnerabilidad, se generan enormes esfuerzos para garantizar derechos, para alojar y cuidar.

Estas exposiciones permanentes a las demandas de atención, el ser quienes “dan la cara” cuando las necesidades no logran cubrirse, los turnos se demoran, las/os profesionales se ausentan, generan un malestar en dicho personal. Recordemos además, como indicamos en el análisis del proceso de entrada, que dentro de las múltiples tareas que desarrollan responden también (a veces de malos modos) las consultas permanentes sobre dónde y cómo sacar turnos, las mesas desde las que se gestionan las prestaciones, etc, cuestiones que tienen que ver con la organización de los servicios.

Es decir que existen aspectos de la dimensión material (disponibilidad de recursos materiales y humanos) y organizacional que se están poniendo en juego, aunque primen las explicaciones vinculadas a las conductas reprochables de las/os usuarias/os. Esto que sucede, de terminar responsabilizando a las/os usuarias/os puede pensarse como el ejercicio de una estrategia neoliberal de responsabilización individual, en lugar de la crítica a la imposibilidad de respuesta desde las políticas, con capacidad de atención suficiente.

En relación a esta dimensión organizacional fuimos presentando distintos elementos que dan cuenta de procesos de trabajo y circuitos de atención que no parecen estar ajustados. Recopilamos alguno de ellos:

- Mecanismo de registros de demandas de consulta con profesional de psicología improvisado en papeles sueltos con distinto tipo de información. En teoría bastaría pedir el nombre de la persona y un teléfono de contacto para que las psicólogas llamen (en reunión semanal) y definan el otorgamiento de
-

turno de acuerdo a prioridades, pero no está establecido el proceso con claridad, y en los hechos se pide otra información que no debería solicitarse en mesa de entrada. En cuanto al acceso a los turnos que se dejan disponibles para la atención de cuestiones urgentes e imprevistas, también es preciso explicitar cuál es el problema y es nuevamente el personal administrativo quien interviene en la definición (no sucede esto en los casos que otras/os profesionales del CMDS establecen que es una cuestión urgente y se deriva en el momento).

- Derivaciones de consultas sobre consumo de sustancias a carpeta de profesionales de psicología y no al CEMAP. En este sentido, el CEMAP (con su horario acotado de 8 a 13 hs) tiene posibilidades de alojar dichas consultas en el momento, mientras que en el caso de psicología la demora es mayor. Sin embargo, insistimos en que también constituye una intromisión la pregunta por el motivo de consulta cuando la persona por sí misma (sin indagación previa) no lo comentó y solamente solicitó un turno para psicología. Más allá de que pueda pensarse que de este modo se hace más lento el proceso, se garantiza el derecho a la intimidad de las personas y que pueda hablar de su situación frente a un/a personal calificado. En ese caso, si se considera que el abordaje puede ser más pertinente desde el CEMAP no existen problemas para derivar a la persona.
- Ciertas dificultades para identificar a dónde derivar las consultas, es decir se supone que las cuestiones de consumo se abordan desde el CEMAP y no desde el Servicio Social, pero en la práctica la mayoría de las personas referencian a la trabajadora social y no a quienes integran el equipo específico del CEMAP.
- No existe claridad respecto de qué hacer con quienes se presentan en el servicio y disponen de cobertura de salud. En rol de la trabajadora social no termina de estar claro, si es la que realiza el “diagnóstico” de la posibilidad o imposibilidad de las personas para resolver sus demandas de atención en otro efector.

Todas estas indefiniciones - circuitos no armados o establecidos de modo impreciso, informal- habilitan un margen mayor para ciertas arbitrariedades que en distintos casos (como en las prácticas que abordamos desde la dimensión simbólica) vulneran los derechos de las/os usuarios/as.

En cierta medida “la bajada institucional” es analizar cada caso, es decir no tener criterios definidos de ante mano, porque tenerlos puede llevar a cometer una injusticia (no atender a alguien con obra social cuando “no puede ir a otro lado”). Pero en la práctica esto amplía los márgenes de discrecionalidad en el acceso a los servicios, en el que intervienen estereotipos, cuestiones relativas a la intimidad de las personas que se “conocen” por vivir en la misma ciudad, y que en general devienen en prácticas rechazantes más que en consideraciones especiales para alojar demandas. A su vez esta idea de que el trato es lo prioritario -desde lo

discursivo-, se presenta para las autoridades como si fuese una cuestión tan básica y esencial que no necesita abordarse organizacionalmente, ni pensarse como parte del proceso de trabajo.

Nos interesa mencionar que varias/os las/os trabajadores reconocen en la gestión actual del CMDS un compromiso mucho mayor para mejorar la calidad del servicio y la incorporación de una “mirada más social”.

Una de las profesionales que integran el equipo de salud mental nos mencionaba:

E: Y cómo... como se viene manejando la cuestión del centro de salud... se implementaron algunos cambios a nivel de lo que es salud mental... viene más o menos parecido a lo que era... digamos... en... la comparación sobre todo lo que viste en el 2005...

C: Y viste que eso cambia en relación a la... la... a la personalidad del director, diríamos...

E: Ajá

C: Tiene mucho que ver... del Secretario, del Director, en este momento... en, bueno, los distintos... períodos... Eh... creo que hoy la apertura es muy diferente con... con la nueva gestión... de [nombres del Secretario de Salud y el Director del CMDS... Súper diferente... Pero es esto... la apertura a lo social... la, la... la mirada que hacen del problema... es dife... va siendo diferente... o sea, yo lo viví con [la intendencia de Corsalini padre] también, eh... Bueno, tenía una mirada más... eh... acotada también de lo social... Me parece, lo que es el centro de salud...

C: del padre [del Intendente actual]. En cambio con [el Intendente actual] o fue... se empezaron a notar cambios, si bien el centro de salud es un tema... complicado... en cuanto a la gestión, eh... Se... en este momento, se súper ven los cambios...

(Registro de campo, 2019)

Otras/os trabajadores también perciben “vientos de cambio” pero señalan que es preciso avanzar en la transformación de ciertas lógicas institucionales, y que pese a distintas demandas, este proceso no está teniendo lugar. Nos señalaban lo siguiente:

PE: yo te decía... son estos vicios... de algunas cuestiones institucionales que están muy instaladas... y que ha habido mucha renovación de personal pero no alcanza... Nosotros el otro día le decíamos al [Secretario de Salud] 'busquemos...', yo se lo vengo diciendo hace mucho... gente de afuera, o sea, hay gente de la provincia, que tiene un laburazo en gestión en salud, y qué sé yo, y que podrían venir a tener varios encuentros con todo el equipo, y empezar a laburar desde lo que es la atención... lo que es la escucha... lo que es la accesibilidad, o sea, qué es un centro de salud... Para qué está cada uno en su lugar...Cuál es la función de cada uno... Qué por ahí... en las reuniones de equipo, no lo podemos hacer... porque no es lo mismo que te hable un compañero de trabajo, a que vengan alguien de afuera y diga 'miren, esto lo podemos pensar así, cómo lo piensan ustedes?'; cuando vos sos compañero de

trabajo sos compañero de trabajo, y tenés ciertas limitaciones en algunas cuestiones...

E: Claro, son lugares un poco incómodo también, no?

PE: Y... claro... O sea, te... te... o quedás en el lugar de... de... 'vos quién sos? qué hacés?!'...

E: Mjm

PE: Y no está bueno... Vos con el día a día tenés que construir el vínculo, la relación... laboral... y de compañero de trabajo... Y hay cosas que, a parte, me parecen que están buenas aprovecharlas, o sea, todo lo que es gestión en salud, por ejemplo, acá hay muy buena gente... laburando, y con experiencia... Digo, a nivel provincial...

Es interesante pensar cómo en este cita se hace manifiesta la ausencia de la autoridad en la organización del proceso de trabajo; en las reuniones esporádicas que han tendido lugar con algunas/os de las/os trabajadoras del CDMS son las/os compañera/os de trabajo quienes asumen esta tarea de recomendar cómo desarrollar ciertas tareas y no quienes gestionan la organización, lo que los deja en un lugar de exposición que muchas veces repercute negativamente en los propios procesos de trabajos. Escalante (2006) señala que

una crítica a la organización implica, de una u otra manera, el surgimiento de un imaginario en el cual los criticados son las personas que allí se desempeñan (...) y esto implica un impacto subjetivo que siempre tendrá consecuencias, aun cuando la situación de cambio fuera deseada (p. 5-6)

En este sentido, la intención de transformar ciertas lógicas debe impulsarse – si es lo que creen necesario- desde quienes lideran la organización, aunque esto en ningún caso implique que sea un proceso que se realice sin la participación e involucramiento de sus actores.

Retomando la lectura del proceso desde la idea del flujograma, la mesa de entrada puede funcionar como el lugar de recepción – sea para el acceso inicial o el acceso a “tratamiento” vinculado a cuestiones de consumo de sustancias o salud mental y en cuanto a la decisión, el menú de ofertas y la salida, pueden tener lugar las siguientes situaciones que consideramos obstaculizadoras para el uso:

- Necesidad de manifestar motivo de consulta si se solicita turno para psicología.
- Dificultades para acceder a la atención por poseer obra social.
- Negación de turno por inasistencia a un turno.

Abocándonos específicamente en las cuestiones de consumo, consideramos que los mayores obstáculos los encontramos en relación al modo en que son miradas y juzgadas quienes en general consultan por estos temas: las madres de usuarias/os. Pero especialmente nos resulta importante poner atención en la no garantía de conservación del anonimato y confidencialidad de los que cuentan (en muchos casos como resultado de indagaciones) quienes van a consultar, esto genera desconfianza de parte de las/os usuarios/as y

en muchos casos se acude a lugares que presentan dificultades en cuanto a su accesibilidad geográfica (con impacto también en lo económico) para evitar exponerse a esas miradas estigmatizantes y a que “la ciudad” se entere de cuestiones que prefieren (obviamente como resultado de esos mismos procesos de estigmatización a las/os que se exponen) mantener reservadas o “tapadas”.

En relación al obstáculo puntual del pago, no operan en la problemática que abordamos porque las prestaciones por las que se abona no tienen que ver directamente con estas situaciones. Sí puede suceder, como ya mencionamos, que tener obra social pueda ser un impedimento. Especialmente teniendo en cuenta que es un discurso bastante instalado que el CMDS es para el que no tiene otra cosa, lo que puede llevar a que las personas ni siquiera se acerquen a consultar. Sin embargo sí consideramos el impacto de estas prácticas en la subjetividad de quienes deben exponer sus “dificultades” para acceder.

En la cita con la que iniciamos este apartado – el de la mesa de entrada- una de las personas entrevistadas intentaba mostrarnos la diferencia entre dos espacios de la gestión municipal, indicando que en el CMDS había menos posibilidad de arbitrariedad en relación a los prejuicios, porque estábamos ante un servicio que no podía negarse. En este sentido nos encontramos con situaciones donde las arbitrariedades y prácticas rechazantes tienen lugar. Estas cuestiones necesitan ser consideradas por quienes gestionan el CMDS si creen que “el buen trato y no negar la atención a nadie” son las políticas de esta organización. Entendemos que no se trata simplemente de voluntad, los recursos (materiales y humanos) son escasos, las resistencias institucionales y cuestiones sindicales también tienen su peso y se ponen en juego a la hora de gestionar los servicios de salud del CMDS.

4.2.3 El CEMAP

Pienso estas problemáticas complejas desde una perspectiva de derechos.

Ubico el contexto actual como un momento de transición; podría ejemplificar esta transición en la figura de un péndulo en movimiento, donde en uno de los extremos al que en su movimiento llega está la concepción de tutela jurídica, mientras que en el otro extremo está la concepción de ciudadanía y de derechos. Nosotros, como trabajadores de este campo, transitamos cotidianamente esa trayectoria que marca el péndulo.

(Faraone, 2010 en Touzé, 2017 p. 114)

Si bien ubicamos al CEMAP como espacio inicial de recepción de la demanda, la mayoría de quienes llegan allí en busca de asesoramiento fueron antes a otros lugares o contactaron a otras personas, ya sea dentro o fuera del CMDS. Teniendo en cuenta el flujograma con el que analizamos los procesos de atención del CMDS y como mencionamos antes, el CEMAP es también parte del menú de ofertas que se despliega en lugares que analizamos hasta ahora, la guardia y la mesa de entrada principal; además otros profesionales del CMDS – no solo los que integran el equipo de salud mental- les derivan casos. El CEMAP a su vez despliega en relación a las situaciones que recibe, un menú de ofertas que aquí nos ocupamos de analizar.

En el caso de las consultas que llegan desde afuera del CMDS, existen diferentes circuitos. Las situaciones de Cabín 9 suelen ser derivadas por dos trabajadoras sociales que trabajan en dicho barrio, una en la Delegación Municipal que funciona allí y otra que coordinaba el Programa Nueva Oportunidad. En general no le derivan las situaciones al CDS Nro. 21 sino que es el CEMAP el que luego se contacta con este espacio, si considera recomendable que alguien inicie algún trayecto terapéutico, o deriva a otras instituciones. En algunos casos es el propio CDS Nro. 21 que se comunica con el CEMAP; esto suele suceder cuando no hay disponibilidad de turnos de salud mental, cuando se considera que es necesario un abordaje más “específico” de la problemática o cuando, por algún conflicto en el barrio, las/os usuarios/as prefieren dirigirse al CMDS. Es importante mencionar que no existe un trabajo articulado con el Punto de Encuentro (PEC) de Cabín 9 que depende de SEDRONAR. De hecho a lo largo de estos años (2015-2020) su referente les ha derivado solo dos casos, aunque sí ha gestionado algunos turnos con el equipo de salud mental del CMDS a través del Secretario de Salud. Desde el CEMAP por su parte, dicen desconocer específicamente el trabajo que realiza esta persona. Si bien saben que tiene vínculos con SEDRONAR en ocasiones también creen que tiene vínculos contractuales con el municipio de Pérez, aunque no se los reconozcan desde la gestión.

Otras personas que llegan al CEMAP son derivadas de la oficina de Desarrollo Social del Municipio – ubicada en el barrio centro, ya sea porque fueron directamente allí o porque previamente se contactaron con

el Intendente o algún referente político de la gestión¹⁴⁵ (suelen ser habituales esos llamados pidiendo ayuda) y quien recibe la situación se los deriva ya sea a la Secretaria de Desarrollo Social o al Secretario de Salud y estos son quienes les pasan el número de contacto al CEMAP para que se comuniquen. También les han llegado situaciones de las escuelas en las que realizaron actividades de prevención y algunos por una Iglesia Evangélica con la que han tenido un acercamiento en algún momento. En los registros encontramos derivaciones formales escritas de parte de la Secretaría de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad (algunos son pedidos formales de intervención del Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos de la Municipalidad de Pérez “Equipo de Niñez” o el de Género de esa misma secretaría), de dos Hospitales Generales Públicos– uno de Rosario y otro de Granadero Baigorria, de un Hospital Privado de Rosario, del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”. En estos últimos efectores estuvieron internadas algunas personas de la ciudad de Pérez, que son derivados al CMDS para la continuidad del abordaje. En algunos casos en las derivaciones se refieren sólo al CMDS y en otros específicamente tanto al CMDS como al CEMAP.

En las planillas del CEMAP donde se registran las intervenciones no se incluye cómo fue que las personas llegaron allí, por lo que no fue posible conocer con exactitud qué proporción de los casos reciben de los distintos lugares, ya sea dentro o fuera del CMDS. En este sentido, intentamos reconstruir algunos de dichos circuitos a partir de las entrevistas realizadas y de los registros de las atenciones que pudimos analizar, pero en muchas ocasiones tuvimos que apelar al recuerdo de quienes trabajan en este espacio.

Hacemos ahora algunas consideraciones sobre los casos en que el CEMAP se inscribe como Menú de Ofertas o derivaciones dentro del CMDS, que no analizamos en los apartados anteriores - (incluyendo algunas consideraciones sobre el modo en que la penalización del consumo de sustancias ilegales aparece en el CEMAP y en el CMDS) y luego abordamos cuestiones ligadas a la llegada de consultas directas a este espacio.

4.2.3.1 El CEMAP como parte del Menú de Ofertas del CMDS

Situaciones que llegaron a la mesa de entrada principal o a otros/as profesionales del CMDS

Cuando una persona llega a la mesa de entrada principal manifestando querer realizar una consulta relacionada con el consumo de sustancias, desde ese espacio “los mandan” directamente al CEMAP. En este caso, si es dentro del horario de atención (de 8 a 13 hs) se puede hacer en el momento, mientras que si es fuera de ese horario, implica que la persona tenga que volver a ir otro día para poder consultar o acordar un turno para entrevista. Es por ello que preguntamos al personal administrativo si se había incorporado en algún momento una planilla como la que existe en la guardia, en los casos en que las personas mencionan espontáneamente que están buscando asesoramiento sobre este tema, y nos dijeron que no, que eso

¹⁴⁵ Esta situación nos resultó llamativa porque por un lado aparece muy presente esto de “tapar” los usos problemáticos de sustancias pero en otras ocasiones directamente se apela al Intendente para solicitar atención.

funcionaba así en la guardia, pero que allí se manejaban de este otro modo. En el caso del CEMAP creían que, como a diferencia de la guardia nocturna aquí existía un horario en el que ambos espacios estaban en funcionamiento no era necesario, aunque desde las 13 hs y hasta las 18 hs esta coincidencia no exista. Si bien la trabajadora social suele permanecer en el espacio más horas (hasta las 14 o 15 hs) el horario formal de atención es de 8 a 13 hs. En este sentido, no es posible conocer si las personas que fueron a pedir asesoramiento en la mesa de entrada se dirigieron luego al CEMAP o a hablar con la trabajadora social como suelen recomendarles. Sí recuerdan situaciones en las que les comentaban en el contexto de una entrevista que habían ido a averiguar “por calle Rivadavia o en la entrada del CMDS” y que “las mandaron” para este lugar.

En el caso que las derivaciones se realicen de parte de un/a profesional del CMDS, allí sí existe un contacto de parte del mismo/ de la misma con las referentes del CEMAP para ofrecer a las personas una entrevista de asesoramiento. Cuando se trata de derivaciones de parte de profesionales del equipo de salud mental, quienes trabajan en el CEMAP, señalan que existe “un lenguaje común” sobre el modo en que se concibe esta problemática (cuestión que profundizamos luego) y que el proceso suele ser “ameno” pero que en otros casos, especialmente con algunos médicos clínicos han tenido malas experiencias. De hecho, a lo largo del trabajo de campo, distintas personas del CMDS nos relataron las mismas situaciones, para ejemplificarnos o dar cuenta de la mirada que tienen sobre ciertas/os usuarias/os del CMDS algunos/as profesionales. Recuperamos una conversación con el Secretario de Salud, donde expuso algunas de ellas. Estábamos conversando sobre las historias clínicas, cuáles eran los motivos por los que aún existían dificultades para implementar su uso. El funcionario hace hincapié en que más que un problema de insumos – que también los reconocía- tenía que ver con la resistencia de algunas/os profesionales a elaborarlas.

E: Pero... está lejos por una cuestión de insumos... digamos, de recursos o...?

PE: De insumos... y... por el personal también, que es bastante... la gente grande es bastante resistente a estos cambios... tenemos médicos que estamos esperando a que se jubilen... que esperemos que no falte mucho... para poder cambiar un par de cosas... me entendés? porque hay gente que es muy dura... muy dura en todos los aspectos, tanto en lo administrativo, como en la atención de las personas. Y eso me está trayendo problemas, porque no, no se aggiornan al momento histórico o social que estamos viviendo... porque hay, hay... tenemos clínicos que... yo no le puedo llevar un chico trans... o un gay, o un paciente con HIV... ya sé que directamente no se los mando.

E: Y cómo haces la selección para no mandárselo?

PE: Y ya los chicos más o menos ya saben, le ven la cara al que viene y ya lo derivan para otro médico... la gente de admisión... porque son...

E: Y no, no podés porque has tenido caso de atenciones? eh... digamos, cómo llegaste a construir esa idea de que no podías mandarle a los chicos?

PE: Por la queja de los pacientes... Por la queja de los pacientes que se han venido a quejar conmigo...

E: Del trato?

PE: Claro... Claro... sí, sí... Es así... Y ya ahora se dio que quedan pocos de esos... quedan todavía esos, que este año los terminamos de limpiar, o el año que viene...sí... y nosotros estamos poniendo toda gente nueva y con ganas de trabajar, viste? Y con la cabeza un poquito más abierta...

E: Y con el caso del consumo de sustancias pasa también eso, de que algunos médicos?

PE: Sí, sí... preguntale a las chicas arriba que le han venido 'che te traigo este drogado', así les dicen, 'te traigo este drogado', o 'si vos querés la solución yo te la doy, es esta bala', o sea, cosas así... Que uno por ahí se ríe una vez que lo masticó y porque ya sabe de quién viene... Pero cuando te... pasa esa situación fue bastante chocante, para todo el equipo... para todo el equipo... 'Te traigo este drogado'...

E: Con la persona...?

PE: No... no, gracias a dios no, pero con un informe para derivación, digamos...

E: Y también te han... planteado, usuarios usuarias ese trato, por la cuestiones de consumo han llegado quejas?

PE: Sí, sí... sí... sí... hay gente que no se va a aggiornar nunca porque, qué sé yo, no sé si porque son malos, o porque culturalmente se han formado de otra manera, y no se pueden acomodar. Viste?

E: Claro...

PE: No sé por qué... No los justifico tampoco... pero lo he hablado varias veces y veo que no...

E: A lo... eso, digamos, ante esos casos, se planteó...

PE: Y sí... y sí...

E: Y la respuesta cuál...?

PE: Y primero te dicen que no, que no pasó... Y después, viste? le entrás a indagar, y dicen 'y bueno, pero yo a esta gente no la quiero atender' y te tiran miles de excusas, no quieren... no quieren... les genera cierto rechazo la persona... y... Vos sabés que en medicina si no hay empatía... el tratamiento generalmente no se lleva a cabo, o es malo, o... qué sé yo...

De la cita anterior surgen varias cuestiones para considerar. Por un lado las tareas que en este caso explícitamente se le encargan al personal administrativo, de “por portación de cara” elegir a qué profesional enviar a la persona y de ese modo evitar malos tratos y posibles quejas (pensamos especialmente estas tareas en relación a las prácticas que identificamos en el análisis destinado a la mesa de entrada). Por otro, el modo en que se aborda institucionalmente estas prácticas que vulneran derechos de las/os usuarias/os, realizando

charlas individuales frente a una situación concreta de discriminación y maltrato, luego de que dichas situaciones ya se llevaron a cabo. A su vez que la solución de corto plazo sea detectar “posibles usuarias/os” que serán rechazados en el proceso de atención y derivarlos a otras/os que posiblemente no harán lo mismo y de largo plazo “limpiarlos” que se jubilen, da cuenta de un modo de administrar los conflictos: su improvisación y precariedad.

En el caso del CEMAP también nos planteaban que dentro del CMDS con lo que más “reniegan” es con los prejuicios de quienes trabajan en el lugar, que juzgan las prácticas de las personas y desacreditan tanto a las/os usuarias /os como a los espacios que abordan estas problemáticas (CEMAP, Sala de Estar, Equipo de Salud Mental): “ustedes trabajar con los loquitos y con los drogones”, les suelen comentar. Pero lo llamativo es que desde la coordinación del CEMAP no consideran que estas miradas tengan consecuencias: como no lo dicen delante de ellas suponen que no tiene impacto o que no afecta el vínculo con los servicios de salud. Esta misma postura – de cierta ingenuidad que notamos de parte de la coordinación del CEMAP- se sostenía también frente a la presencia policial en el espacio de la guardia, aunque allí puede operar otra cuestión que abordamos luego.

Sin embargo, pese a que se subestime su impacto, sí se considera que es necesario poder capacitar (o sensibilizar) a todo el CMDS sobre cuestiones vinculadas a abordajes de los consumos y problemáticas de salud mental. Así la Coordinadora del CEMAP señalaba:

PE: hay todavía un prejuicio... en muchos médicos... en muchas personas grandes... que no saben de qué se trata la cosa... Por eso las reuniones, por eso a mí me interesa que... O una especie de capacitación... No sé cómo llamarlo...

E: ¿Vos creés que conocen esas personas el nuevo enfoque para abordar las cuestiones de consumo?

PE: ¡Nooo! Nada, ni les interesa... Les interesa cuando te toca la familia... Ese es el punto... Si no no interesa...

Continuidad en el abordaje de situaciones derivadas de la guardia

Si bien se considera que la incorporación de la planilla de la guardia fue un “avance” para el seguimiento de los casos por parte del CEMAP, en la mayoría de las situaciones no se generan otras instancias de abordaje de las situaciones, fuera de esa demanda puntual frente a una crisis. Se despliegan de parte de quienes trabajan en CMDS distintos argumentos alrededor de esa no continuidad. Uno de ellos sostiene que algunas/os profesionales de la guardia no están comprometidos con el tema entonces toman los datos mal o incompletos. Señalaba una de las referentes del CEMAP: “a veces se olvidan el teléfono y le ponen la dirección, no sabemos quiénes son, no los encontramos... Eh... depende el médico. Hay médicos que te dan mucha bola y hay médicos que no” (Registros de campo, 2019). Otros pone el énfasis en que las personas no quieren ser contactadas

entonces dejan intencionalmente información “errónea”, o que simplemente asisten por esa situación de crisis particular pero que luego no tienen intenciones de realizar otras consultas. Así señalaba el Secretario de Salud:

PE: es difícil después el abordaje... porque muchas veces la familia no quiere... o el paciente no quiere... y es complejo, en ese momento se nos complica un poco... si...

E: Cómo manifiestan esa... de que no quieren?

PE: Y... nosotros...

E: O sea, cómo llegan, cómo ha sido?

PE: Generalmente te dejan los datos acá... generalmente, o te dejan los datos falsos, cuando vos te querés comunicar no te podés comunicar... O directamente, te dicen 'sí, voy' o 'no voy', directamente, y no aparecen más... y no vienen más...

Si bien estos distintos argumentos conviven, el que con más recurrencia encontramos tiene que ver con que las personas no quieren realizar otra cosa fuera de lo fue esa consulta a la guardia. Una de las trabajadoras del CEMAP no comentaba en una conversación informal que rara vez pudieron realizar un seguimiento después de la situación; o sea sí se hizo un seguimiento, pero no una entrevista de las situaciones de esas, de la guardia. Coincidió en esta idea de lo que suele suceder es que los teléfonos están mal, o no dejan teléfonos, o después no atienden y que básicamente es muy difícil que de las situaciones que hayan llegado a la guardia después se haya podido hacer algo con eso, con esas situaciones desde el CEMAP. (Registros de campo, 2020).

Del análisis de las planillas archivadas de la guardia, podemos mencionar que hay varios casos en los que no figura un teléfono, otros en los que no se han contestado (ni devuelto) las llamadas o cuando han llamado menciona que no pertenece a un abonado en servicio, y unos pocos en los que se ha conversado telefónicamente y acordado una cita a la que no han asistido. En un único caso se realizó una entrevista con un padre, luego se citó al usuario y este no asistió. A su vez hay algunas planillas en las que se registran atenciones en la guardia (presuntamente por cuestiones de consumo) de personas cuyas madres tuvieron previamente alguna consulta en el CEMAP.

No estamos en condiciones de afirmar las razones por las que dicha continuidad no tiene lugar, ya que pueden ser múltiples los factores. Tampoco suele haber continuidad en el resto de los casos que llegan al CEMAP (sin haber pasado por la guardia) cuestión que vemos luego. Si bien entendemos que las intenciones de ponerse en contacto tienen que ver con ofrecer a las personas espacios para alojar posibles problemáticas, nos parece importante remarcar nuevamente que el registro de datos de las planillas no va acompañada de una pregunta (para el cumplimiento de la Ley de derechos del pacientes) sobre si existe la intención o el interés de parte de quien consulta de ser nuevamente contactado/a luego de la explicación pertinente de lo que puede

ofrecerse desde el CEMAP (que tampoco suele darse). De hecho en una de las planillas que no poseía teléfono pero sí dirección habían escrito “visitar”. A su vez quienes trabajan en la guardia no recibieron capacitación específica sobre el abordaje de cuestiones vinculadas a consumos problemáticos de sustancias con enfoque de derechos, incluido especialmente el personal policial que desempeña un rol clave dentro del proceso de atención.

Cuando le preguntamos a una de las integrantes del CEMAP si sabía si le preguntaban si querían ser contactadas/os nos respondió que desconocía si le preguntan o no en relación a la planilla, pero que creía que cuando ellos detectan una situación, cuando detectan alguno de los puntos contemplados en la planilla la completan, los médicos o las médicas” (Registros de campo, 2020).

En este sentido encontramos, aún con intenciones de cuidar o producir acogimiento (como percibimos en nuestro trabajo de campo en relación al CEMAP), una “intromisión” en esta población (legítima) y mayoritariamente usuaria de los servicios del CMDS, los sectores sociales vulnerados. De hecho, si consideramos los barrios que figuran en las planillas de la guardia son en su totalidad periféricos y se corresponden con las zonas donde se concentran las problemáticas sociales y habitacionales de la ciudad, de acuerdo al Informe Final del Plan Estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030”. Esta cuestión, no pasa inadvertida ni deja de ser problematizada por una de las trabajadoras sociales, que piensa críticamente su propio rol. Señalamos lo que nos comentaba en una entrevista realizada en 2014:

Eh, incluso para mí el tema del consumo esto es, y en las clases más bajas está siempre más al borde la muerte, siempre más al borde de la violencia, pero porque están expuestos y mirados por todos en realidad. Porque la violencia en otros grupos sociales, la violencia, el desamparo que sufren algunos chicos en el centro de Pérez es mucho peor que el que sufren grupos familiares que viven en Villa América o Barrio Jardín. Pero está todo más tapado, y nadie mira eso en realidad. Porque en realidad, digo, este... el origen de nuestro querido sistema es esto, la disposición del pobre, el uso del pobre, la explotación. Y nosotros, por ejemplo, a mí me toca de cerca por ser una profesión... mi profesión, en su origen, genera el control de las madres que abandonaban, de los padres que no cuidaban, digo... El pobre está mirado por el Estado, por la escuela, por la salud, todos los agentes miran a los pobres para ver cómo se comportan, cómo viven, hasta dónde cuidan, y en eso el tema de la droga entra también. (Registro de campo, 2014).

Se trata incluso de debates históricos en relación a las prácticas profesionales especialmente de las/os trabajadores/as sociales, donde la existencia de políticas destinadas ‘especialmente’ a determinadas poblaciones habilita una intervención no de auxilio sino intrusiva por parte del Estado, o de auxilio a condición de ser intrusiva – como las que implican las visitas domiciliarias por ejemplo-.

Por otro lado, en lo que tiene que ver con el consumo de sustancias ilegalizadas (registradas en varias planillas de atención de la guardia - cuando no dice “alcohol y otras sustancias”-), no se considera que se trata de una práctica penada y que eso puede llegar a influir. En este sentido, luego de tener que “declarar un consumo”, en los casos en que no solo se “detecta” y registra, puede resultar esperable que dejen datos falsos o no contesten (esto sin considerar las experiencias de atención que citamos, que distan de una posición de cuidado). Ahora esta cuestión no aparece en ningún momento como un aspecto que contemplen ni las referentes del CEMAP, ni el propio Secretario de Salud. A diferencia, por ejemplo, de lo que mencionaba Abonizio (2008) en su investigación de la ciudad de Rosario, donde varias/os profesionales se negaban a registrar situaciones de consumo de sustancias ilegales por miedo a exponer a la persona a un proceso penal, aquí eso no se considera, ni tampoco se piensa que sea algo a tener en cuenta a la hora de asistir que te reciba personal policial).

En una de las entrevistas con la Coordinadora del CEMAP nos decía que ella había intercambiado posiciones en una oportunidad con su compañera de equipo en relación a la cuestión de la ilegalidad de la tenencia de ciertas sustancias. Desde su punto de vista, en las/os usuarias/os con las/os que había trabajado desde el CEMAP aparecía esta sensación de estar “fuera de la Ley”, sin embargo nos comentaba que no lo tenía “confirmado”, porque su compañera le decía que no era así, dado que argumentaba que con la LSM esto había cambiado (también se refería a un fallo de la Corte Suprema que apoyaban su postura¹⁴⁶). Es decir en el mismo proceso de entrevista con nosotras corroboraba que la tenencia para consumo personal seguía siendo una práctica penada. En otra de las entrevistas realizada a una integrante del equipo de salud mental, si bien no se niega su vigencia, por el desarrollo del diálogo se hace visible que no es aspecto que se considere previamente, como punto de partida para cualquier intervención vinculada a este tema. Citamos a continuación parte de ese diálogo:

E: Y en eso del prejuicio... pensás que hay algo de la cuestión más del ordenamiento legislativo...? o algo... que pueda explicarlo...

PE: (...) No sé, legislativo en qué sentido?

E: Por ejemplo... que hoy en día consumir sea una práctica que... consumir determinada sustancia... me refiero a las ilegales es una práctica que está penada.

E: No no me parece que tiene que ver más con no ser identificado

PE: ajá

F: Es... me parece ... no sé ... a mí... por ejemplo... con el consumo, con el VIH pasa lo mismo

E: aha...

¹⁴⁶ Hacia referencia especialmente a uno de los fallos de la Corte Suprema de Justicia “el fallo Arriola” en 2009.

PE: Con el... nosotros cuando hablamos siempre con [un compañero de trabajo], eh... muchas de las personas que tienen un tratamiento con VIH no quisieran venir a buscarla medicación acá por ejemplo...

E: aja...

PE: y van a Rosario... para...o sea...

E: prefieren el otro...

PE: prefieren como la cuestión más... más el anonimato... Acá está muy ligado a quién sos... que te identifica... en el tema del consumo igual me parece que es muy complejo....eh... no sé... puede ser... yo creo que... hoy por hoy, hay mucho más acceso que antes, hoy por hoy se habla distinto, acá se intenta siempre instalar una cuestión no... ni prejuiciosa ni punitiva ni mucho menos, todo el tiempo intentamos trabajar desde otro lugar. Si creo que socialmente sigue siendo una cuestión... y de los sectores allá... vuelvo a lo mío... y focalizado en los sectores más pobres o sea... porque... el pibito de clase media o alta que consume... si no es una situación crítica en donde estalla la familia o algo, no aparece. Siempre está más ligado a la cuestión... de los pobres...

(Registros de campo, 2019).

En este sentido, luego de especificar a qué nos referíamos con “el ordenamiento legislativo” nos responde que, desde su punto de vista, no afecta en la accesibilidad a los servicios, y que lo determinante “para no ir o irse a Rosario” como señaló en otra parte del intercambio, tiene que ver con este aspecto de la dimensión simbólica que planteamos como “lo vincular” y a su vez con las posibilidades de otras opciones, especialmente personas de clase media que cuentan con obra social y pueden dirigirse a la ciudad de Rosario para ser asesoradas o asistidas por este tema. Es decir, se considera es que es una práctica que quieren ocultar por el peso moral que tiene pero no por posibles consecuencias penales.

A su vez, en una de las observaciones nocturnas de la guardia, el personal policial nos explicaba, pese a varias cuestiones contradictorias que enunciaba, que se trataba de una contravención y no un delito “que si vos estabas en la calle y te encuentran con droga, te largan, ni siquiera vas detenido, porque se trata de una contravención y no de un delito. En el caso de que encuentra a alguien con la marihuana o con la cocaína y se pone “en violento”, entonces sí, porque aduce “resistencia a la autoridad” y eso sí es delito”¹⁴⁷¹⁴⁸. Sin embargo,

¹⁴⁷ Esta conversación tuvo lugar cuando le preguntamos si, pese a trabajar en la ciudad de Rosario (fuera de este servicio adicional en Pérez) sabía si en Pérez había personas que tuvieran causas por consumos de sustancias. En el 2014, en el marco de nuestra investigación enviamos una carta al Ministerio de Seguridad (que a su vez era de quien dependía la financiación del proyecto) para poder considerar en el análisis de la problemática esta cuestión, pero no tuvimos respuesta. En relación a la conversación con el personal policial, parecería que lo que opera en esta consideración de “contravención” y no delito, son las posiciones que algunos funcionarios judiciales tienen sobre este tema (de hecho en esa conversación nos dice que el personal policial no puede molestar a un fiscal por un porro), que se remiten a los fallos de la Corte Suprema de Justicia en que la tenencia

a diferencia de lo que nos señalaba el personal policial muchas causas se abren¹⁴⁹, aunque luego sean archivadas en su mayoría¹⁵⁰.

A lo largo de nuestro trabajo de campo intentamos despejar si desde el CMDS y CEMAP la cuestión de la penalidad del consumo se subestimaba (en relación a su efecto en la accesibilidad los servicios de salud) o si directamente se desconocía la normativa vigente en este materia, la Ley Nro. 23737. En las distintas entrevistas realizadas encontramos una combinación de estas opciones, con una mayor preponderancia del desconocimiento, pese a ser un aspecto sustancial para quienes trabajan en temáticas vinculadas al uso problemático de sustancias. A su vez en las acciones que el personal policial ha desplegado por ejemplo cuando intervino en el proceso de atención de Ezequiel y su amigo -que relatamos anteriormente- no hay una consideración de las/os usuarios/as como sujeto de derechos, sino que se consideran un eslabón de la cadena del delito “narcotráfico”. En la pregunta acerca del lugar en que “compró la droga” se expresa esta premisa, clave del prohibicionismo de “atacar” el negocio del narcotráfico a través de la reducción del consumo y de quienes sostienen posturas aún más conservadoras, de la persecución de los/os pequeños/as consumidores.

4.2.3.2 El CEMAP como primer lugar de recepción

Como mencionamos al inicio de este apartado son muy pocas las situaciones que llegan directamente a este lugar, pese a que hace varios años que funciona en la ciudad. Para quienes trabajan allí esto responde a que el espacio tiene poca visibilización, que muchas/os habitantes de la ciudad no conocen que existe y por eso recurren a otras personas o lugares. En una entrevista una de sus integrantes nos relataba:

¿Hace cuántos años estamos trabajando? Y hay gente que todavía no sabe que estamos... Recurren a [al intendente], o recurren a alguien que trabaja en la municipalidad, o preguntan... O hay gente que, directamente, se va a Rosario, no viene... (Registros de campo, 2020).

La otra integrante del CEMAP también señalaba que tiene poca visibilización el espacio, y al ser dos solamente “para todo” (recibir situaciones, acompañar, gestionar la sala de estar) se les complicaba hacer más la difusión y que por eso podría explicar que no sea el primer lugar donde se llega en general (Registros de campo, 2020).

para consumo personal, cuando no afecta a terceras personas no debe penalizarse, ya que entra en contradicción con el artículo 19 de la Constitución Nacional.

¹⁴⁸ En nuestro trabajo durante el 2017 con estudiantes de dos escuelas secundarias de la ciudad de Pérez, escuchamos distintos relatos de situaciones de los jóvenes donde no “da lo mismo” tener un porro o alguna sustancia ilegalizada cuando el personal policial o de gendarmería los intercepta en los espacios públicos de la ciudad.

¹⁴⁹ No disponemos datos corroborados ni en la ciudad de Pérez ni en Rosario. En un artículo de Myszkowski (2019) afirmaba que en uno de los juzgados federales de la ciudad de Santa Fe se registraron en 2017 128 procedimientos por tenencia de drogas para uso personal y en 2018 en esa misma fiscalía aumentaron a 242 (p. 54).

¹⁵⁰

Otra de las profesionales del CMDS, que no integra el CEMAP sostenía también que la principal dificultad para acceder a este lugar tenía que ver con que no era conocido por la población:

PE: Hay muy poca... publicidad en relación a eso también...

E: Como que no es conocido...?

PE: Y vos acá en Pérez salís a preguntar y nadie sabe que existe esto...

(Registros de campo, 2019).

Ahora bien en las razones de esa escasa visualización aparecen distintas cuestiones interviniendo, como la ausencia de promoción del espacio en los distintos medios de la ciudad (que por ejemplo sí existen en relación a otras problemáticas como la de violencia de género o detección de VIH), y la imposibilidad de ampliar y sostener un trabajo territorial vinculado a las tareas de prevención y promoción del espacio. En distintas conversaciones con las integrantes del CEMAP nos mencionaron que en el último tiempo (un año y medio aproximadamente) estuvieron “casi todo el tiempo ahí adentro¹⁵¹” -en el CEMAP- debido a la apertura del dispositivo denominado “Sala de Estar” y a la necesidad de garantizar mínimamente su funcionamiento. Con respecto a la disminución de su participación en otras actividades del municipio, a las que asistieron en otros momentos, señalan que tiene que ver tanto con la carencia de personal que pueda cubrir estas tareas, como que no suelen ser incluidas sus propuestas ni solicitada su participación en las intervenciones que se planifican desde el municipio. Es decir que si bien creen que no sería posible participar en todas esas instancias dado que no hay capacidad desde el punto de vista del personal que pueda tomarlo, tampoco existe un interés de parte de la Secretaría que pertenece el CEMAP, la de Desarrollo Social, Tercera Edad y Discapacidad, como sí

¹⁵¹ Nos señalaban en una entrevista:

PE: Sí... Y nosotras, por ejemplo, al año pasado no salimos más a ninguna escuela ni a ningún lado... Y lo que tenemos que hacer es sacar... salir... salir afuera, empezar a hacer... no sé... qué... charlas o qué, afuera...

E: Ah, el año pasado no pudieron hacer trabajos en la escuela porque...

PE: No, no pudimos... no, las dos solas, no no podíamos. Imposible. (Registros de campo, 2020).

En las entrevistas y conversaciones informales se hace referencia a que en los años anteriores (2016, 2017 y el 2018) habían participado más de algunas actividades o generado propias. Entre las actividades propias generadas mencionan en 2016 una Jornada de debate sobre “Drogas y Narcotráfico”, el desarrollo de cuatro funciones de teatro que abordaban esta temática en la que participaron más de 500 personas de la ciudad, en el año 2017 generaron en Barrio Jardín un espacio de recreación y deporte para niños, niñas y adolescentes (dos días a la semana) y otros y para mujeres otros dos días, en ese mismo barrio se hicieron cargo del “Tercer Tiempo” del Programa Nueva Oportunidad en el marco de un curso de arbitraje dictado por SADRA (Sindicato de Árbitros Deportivos de la República Argentina), realizaron una capacitación abierta a la comunidad Capacitación en “Herramientas para el abordaje socio-comunitario de las adicciones” a cargo del Programa Andrés en el Salón auditorio del Multifunción; en 2018 realizaron un Conversatorio sobre la temática dirigido a las iglesias y templos de la ciudad (participaron muy pocas instituciones). La diferencia principal entre el año 2019 y los anteriores es que no desarrollaron los talleres en escuelas de la ciudad que venían haciendo. En el 2019 realizaron en la escuela técnica de la ciudad un nuevo Conversatorio destinado a docentes de la ciudad, también participaron en el tercer tiempo de los talleres del Nueva Oportunidad de Cabín 9 y se sumaron a la mesa interinstitucional de Cabín 9. No mencionamos ni en 2019 ni en los años anteriores la participación en eventos especiales del municipio como la del día del estudiante, día de la mujer, en las que se hicieron presentes con distintas propuestas de prevención y promoción del espacio.

aparece en relación a otras propuestas municipales. En este sentido encontramos un malestar considerable en quienes trabajan en el espacio, porque consideran que el CEMAP es subestimado por parte de la gestión y que de hecho les han expresado en varias oportunidades que lo que se allí se realiza tiene poco “impacto político”. Reconocen que si el espacio sigue funcionando tienen que ver con el sostenimiento de parte de la Secretaria de Salud, con la que tienen un vínculo cotidiano pero no así con Desarrollo Social ni con el resto de la gestión. En una de las entrevistas realizadas, señalaban:

PE: O sea, recién ahora me parece que... a nivel... ejecutivo... hablo de la municipalidad... recién ahora como que se está entendiendo la forma de trabajo¹⁵²... se pedía otra cosa... a nivel... gestión...

E: Qué se pedía?

PE: Resultados...

E: Qué serían?

PE: Cuántos chicos... se rehabilitaron... cuántos... mandaron a tal lugar... Qué impacto tiene esto, qué visibilidad tiene... o sea, es más... muchas de las cuestiones que se le planteaban es 'ustedes no tienen visibilidad, ustedes no tienen impacto'... o sea, como si el laburo en consumo y en salud mental, porque nosotros consideramos que está dentro del laburo de salud mental, fuera una cuestión de... de... resul... o sea, de acción y resultado... y sabemos que no es así... y es... es... yo... muchas veces no se lo decimos, acá hay un laburo invisible... diario... artesanal... que no se ve... no sirve para las estadísticas... porque es un laburo de uno a uno... es muy singular con cada uno... de idas y venidas... Nosotros tenemos situaciones, por ej, q hemos trabajado, en donde vos decís... (...) le ponés le ponés, ponés equipos, ponés recurso, ponés esfuerzo, y... hoy... están metid... sabemos que está de nuevo metido en... no sabemos dónde... O sea, son... hablando de las situaciones en particular; y después todo el trabajo de prevención... o de promoción... tampoco es algo que dé resultados... como, como se piensa en la gestión de... porque el laburo de prevención, también, por más que hagas reuniones talleres, grupos... lo que fuera... es muy... es muy... eh... intangible...

En nuestra investigación encontramos otros elementos que se ponen en juego, algunos vinculados a la pertenencia del CEMAP (en relación a las secretarías) y a problemas interpersonales derivados de cuestiones políticas que ya señalamos, que si bien no involucran estrictamente a quienes lo integran tienen impactos en su funcionamiento y en el modo en que es mirado por la gestión. Por otro lado aparecen también algunos “desencuentros” entre la mirada del CEMAP en relación al abordaje de los consumos problemáticos y la del ejecutivo de la ciudad respecto del tema.

¹⁵² Fue en ese momento de nuestro trabajo de campo que salieron algunas notas sobre el dispositivo Sala de Estar.

En distintas declaraciones el Intendente de la ciudad se ha posicionado frente a esta problemática de modo muy contundente en el paradigma abstencionista y de “la guerra contra las drogas”, planteando nuevamente una suerte de homologación entre el control de la oferta (narcotráfico) y de la “demanda” (abordajes que la propia SEDRONAR separó a fines del 2013 en un intento de descriminalizar a las personas que usan sustancias) donde se apuesta que la problemática “droga” se resuelva fundamentalmente con tareas de prevención que logren que las personas dejen de consumir. De hecho en la inauguración del Punto de Encuentro (PEC) en Cabín 9 (2015), este afirmaba al ser entrevistado que se trataba de “una muestra del compromiso que este proyecto político asume contra el accionar diario del narcotráfico y las adicciones que flagelan a los jóvenes de la Ciudad”. Posición que comparte con la referente de dicho espacio.

Por otro lado desde el CEMAP, se plantea como necesario – pese a algunas contradicciones que registramos y mencionamos luego- desvincular la asistencia sanitaria de la persecución del narcotráfico, tener una mirada más amplia respecto al fenómeno del consumo (donde el problema no es a secas “la droga”) y especialmente pensar a la persona que consume como un sujeto de derecho. De hecho en conversaciones informales han sostenido que la intención del Ejecutivo es manejar el tema desde otros lugares, desde una cuestión de seguridad porque entienden que de lo contrario se opondría a la mirada hegemónica sobre este tema en la ciudad. En una conversación informal desde el CEMAP nos señalaban la diferencia que percibían respecto a las iniciativas municipales frente a la problemática de la violencia de género, que había adquirido mucha visibilidad desde la gestión y para la que se habían desplegado más recursos en el último tiempo. Afirmaban que se trata de una cuestión mucho menos conflictiva, dado que creían que nadie que se iba a oponer al enfoque de derechos en relación a la violencia de género, pero que no sucedería lo mismo para los consumos problemáticos, de laburar desde la perspectiva de derechos con las personas que consumen, “no suma votos que alguien defienda a ‘los drogadictos’” (Registros de campo, 2020).

En este sentido, es importante mencionar que estos desencuentros o distancias en relación a la posición del Intendente y su equipo de gobierno (así como a los modos de abordar el problema) también existen entre lo que suelen demandar quienes recurren al CEMAP y lo que ofrece el espacio. Aunque este desencuentro no suceda en todos los casos.

¿A quiénes ha asesorado el CEMAP?

Quienes llegan al CEMAP (sea como primera opción o derivados) son mayoritariamente mujeres que consultan por el consumo de varones. Analizamos los registros existentes -en papel sin digitalizar- y encontramos que en el período 2017- marzo 2020 abordaron (es decir que realizaron al menos una entrevista, sea con el referente afectivo y/o con la /el usuaria/o) aproximadamente 80 situaciones. Existen también,

registros de un trabajo previo a la existencia del CEMAP, de la denominada Área de Prevención de Adicciones dentro de la Secretaría de Desarrollo Social –SDSTEyD- en el que encontramos alrededor de 12 asesoramientos realizados entre 2012 y 2014. Más allá de estos registros existieron otras consultas, en general de manera telefónica o a través de conversaciones informales de las que no llegaron a concretarse entrevistas y de las que no existen registros.

Los barrios que más registran consultas y abordajes desde el CEMAP son en primer lugar Cabín 9 llegando a casi a duplicar al resto, los barrios Parque Güemes, Guardia Nacional y Centro con cantidades similares ocupando el segundo, tercer y cuarto lugar, Villa América con cantidad de registros de entrevistas apenas más bajo que los anteriores, y con menos cantidad (entre 3 y 5 situaciones) los barrios Terraplén, Jardín, Talleres, Talleres Nuevos (Barrio Esso), Villa del Parque, Mitre¹⁵³. Se realizaron también entrevistas de asesoramiento a algunas personas de Rosario y Zavalla que fueron derivadas a sus respectivas ciudades.

Del total de entrevistas de asesoramiento (luego algunos devinieron en otras intervenciones) que se realizaron desde el CEMAP en el período 2017- marzo 2020 un **15%** fue a personas que fueron a pedir asesoramiento y/o asistencia por un consumo propio y un **85%** a personas que asistieron a entrevistarse por el consumo de otra (dentro de estos porcentajes se contempla a quienes fueron a pedir asistencia directamente al CEMAP y a quienes fueron derivados de distintos lugares o instituciones). Estos porcentajes coinciden en cierto punto con los resultados de la encuesta del 2014, donde era significativamente mayor el porcentaje de preocupados/as por el consumo de otra persona en relación por el propio, así como las respuestas frente a dichas preocupaciones, cuando es personal se lo intenta resolver solo/a y cuando es de un tercero aumentaba la consulta a instituciones.¹⁵⁴

¹⁵³ Dos de los barrios mencionados (Villa América y Jardín, ubicados en el sector sur de la ciudad) de acuerdo al informe del Plan estratégico Urbano Ambiental “Pérez 2030” (2017) presentan características de asentamiento informal. Otros dos (Cabín 9 y Villa del Parque) se consideraron en dicho informe como barrios vulnerables y degradados que no llegan a tener la condición de asentamiento informal. A su vez la ubicación en el mapa de los casos que llegaron desde Parque Güemes, Guardia Nacional, Terraplén y Mitre coincide con las áreas vulnerables (vulneradas decimos nosotras) de la ciudad de Pérez elaboradas a partir del cruce de Indicadores de NBI- Hacinamiento- CALMAT en el mencionado informe. Solo los casos de los barrios Centro y Talleres están fuera de esas áreas.

¹⁵⁴ En la Encuesta que realizamos junto al Observatorio Argentino de Drogas en 2014 se hacía visible tanto una preocupación significativamente mayor por el consumo de otra persona que por el propio. Del total de encuestados/as un 14,53 % se sintió preocupado/a por un consumo propio mientras que un 85,46 % no. Este porcentaje cambiaba significativamente en relación a la preocupación por el consumo de otra persona, que fue prácticamente el 50% de la población encuestada (con porcentajes casi idénticos de preocupación para mujeres y varones). Y al mismo tiempo, existía una tendencia a la resolución individual del problema cuando era propio y un porcentaje mayor de personas que recurrían a otras cuando se trataba de otra persona. Así, entre los/as entrevistados/as que se manifestaron preocupados/as por el consumo de alguna sustancia, encontramos que la mayoría intentó resolver el problema solo/a (60,6%), contra un 15,2% que buscó ayuda de terceros y un 21,2% que no hizo nada con esa preocupación.

Los datos que construimos a partir de los registros de intervenciones del CEMAP indican que de ese 15% total que se acercó a consultar por un consumo propio al CEMAP un **84%** fueron varones y un **16%** mujeres, en este caso todas/os mayores de 18 años.

Quienes fueron a consultar preocupadas/os por el consumo de otra persona fueron en **89%** mujeres y **9%** varones. Las mujeres que consultaron son un 47% madres, 29% parejas, 20% hermanas, el resto se divide equitativamente entre tía materna, suegra y abuela de la persona por quien fueron a consultar. Los varones que se acercaron al CEMAP a consultar por otro/a (9% del total), fueron un 71% padres, un 14,5% hermanos y un 14,5% hijos de la persona por la que consultaron.

En cuanto a las personas por quienes asistieron al CEMAP se trata de un **9.5 %** de mujeres (un 16% tienen entre 13 y 17 años, un 25% entre 18 y 25 años, un 33% tienen entre 30 y 35 años y otro 25% entre 50 y 55 años) y un **90.5 %** de varones (un 19% tienen entre 13 y 17 años, un 39% entre 18 y 29 años, un 21% entre 30 y 39 años y un 21% entre 45 y 55 años).

En todos los casos resulta baja la cantidad de personas que se acerca a consultar por sí mismas y a su vez es significativamente menor la consulta, sea propia o por un tercero/a, respecto al consumo de mujeres. Si analizamos la llegada de consultas al CEMAP, cuando es a través de la propia persona la consulta varones es casi 6 veces superior a la de las mujeres. En el caso del pedido de asesoramiento por consumos de un/a tercera persona la consulta por consumos de varones es casi 11 veces mayor que la consulta por consumos de mujeres¹⁵⁵.

Les consultamos a las integrantes del CEMAP sobre la cantidad significativamente menor de consultas por usos de sustancias de mujeres. Desde su punto de vista, no respondía exclusivamente a que consumieran menos sino que mencionaba la existencia de dificultades específicas que enfrentan las mujeres para pedir orientación ante situaciones de consumo propias:

PE: No llegan porque... por eso mismo, porque son mujeres. Porque tienen que cumplir con un rol de madre, o de... o no sé qué... para que la sociedad no las juzgue...

E: Ajá.

Las personas preocupadas por el consumo de otro/a en un 46,4 % de los casos hablaron con alguien, buscaron ayuda u orientación de algún tipo y un 53,6% no. El 60,2 % habló con la persona, el 37,9% habló con su familia, el 13,6 % fue a consultar (solo/a) a una institución/organismo y el 10,7 % lo acompañó a consultar a una institución/organismo.

¹⁵⁵ Recuperamos otros resultados de la Encuesta de 2014 para pensar la llegada de las mujeres como usuarias al CEMAP (a través de sí mismas o de un/a tercera persona). Del total de varones encuestados en 2014 un 23.34% se había sentido preocupado por un consumo propio mientras que este porcentaje en las mujeres era del 5.35% del total de las encuestadas. Es decir que la preocupación de los varones era casi 5 veces más que la de las mujeres. Este resultado si bien es similar a lo que encontramos en el CEMAP en relación a la llegada cuando es a través de la propia persona (donde la proporción entre varones y mujeres es 6 a 1) no lo es en relación a la consulta cuando es a través de otra persona (donde la proporción entre varones y mujeres es 11 a 1).

PE: No... Y te dicen: 'Si, yo empiezo el tratamiento, ¿y qué hago con mis hijos?' Bueno, ¿qué hacés con tus hijos cuando...? eh... en el caso de esta piba, los abandona, los deja solos en la casa y se va. Qué sé yo.

E: Pero bueno, puede tener...

PE: Me parece que hay un prejuicio de parte de ellas mismas... ¿Por qué? Porque fue... Porque la sociedad prejuzga... La mujer no puede, la mujer tiene que quedarse en su casa... Atender a sus hijos y lavar la ropa. ¿Me entendés? No se puede drogar. Me parece que viene por ahí.

E: Es interesante eso, pensarlo.

PE: Y cuando entran por género... Eh... hemos tenido uno o dos casos... que entraron por género¹⁵⁶, que había consumo, pero que tampoco pudimos trabajar. No, con las mujeres no pudimos trabajar con ninguna, te duran pocas...

(Registros de campo, 2020)

Es decir que por un lado, aparece desde el CEMAP como argumento para explicar los problemas de accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud ante usos problemáticos de sustancias la existencia de una condena social (una sociedad que prejuzga) respecto a este rol de madres mal desempeñado y esta idea de que si los varones no deben drogarse las mujeres aún menos; aunque por otro, plantea también un prejuicio de las propias mujeres “de parte de ellas mismas”. Por la forma en que esto se expresa pareciera que son ellas mismas las “responsables” de sentirlo, relativizándose (o negando) el peso que lo social tiene en el modo en que pensamos nuestras propias prácticas (¿es un prejuicio que tienen ellas mismas o es un prejuicio social que las interpela?). Por otro lado, encontramos nuevamente una condena hacia ciertos comportamientos (“los abandona, los deja solos en la casa y se va”) que impiden pensar, por ejemplo, en la configuración de los dispositivos de atención existentes, para responder a una demanda básica, como es la de quiénes cuidan a sus hijos/as mientras esas madres (que en la mayoría de los casos se encuentran viviendo solas con sus hijos/as) asisten a una institución, cuestión que retomamos luego.

Pese a estas afirmaciones nos parece importante señalar que en el abordaje de algunas situaciones en las que se habían tomado medidas de protección de menores por cuestiones de consumo vinculadas a sus madres, el posicionamiento del equipo fue realizar acuerdos y diversas intervenciones para que dichas medidas cesaran y acompañar en los procesos de cuidado. De hecho es posible encontrar en las presentaciones escritas a las autoridades competentes un esfuerzo por demostrar la buena voluntad y el compromiso de esas “madres” como modo de evitar nuevas intervenciones. Si bien en algunos casos se reconoce que han sido esas

¹⁵⁶ Con la afirmación “cuando entran por género” se refiere a que es una situación derivada ya sea de la psicóloga del CMDS que trabaja exclusivamente con violencia de género o del equipo de Género que depende de la Secretaría de Desarrollo Social.

medidas judiciales las que le permitieron un abordaje (cuestión que puede ser problematizada), hay un posicionamiento desanclado de lo judicial o legal, pese a que persisten los juicios morales.

Por otra parte, si bien en la entrevista se cuestiona esta idea de que “las mujeres no pueden drogarse por su rol de madres”, se sigue ligando su práctica a la de los varones, planteando que las mujeres consumen cuando sus parejas (o no necesariamente pareja pero sí varones) lo hacen:

PE: Por lo general viven con personas que consumen...

E: Ajá...

PE: Eh... yo... ahora... me acuerdo de un caso en particular... son personas que... eh... que su marido, su pareja... eh... o alguien, eh... consume... consumía... consume... y consumen juntos... y es muy difícil. (Registros de campo, 2020)

En este sentido, se hace presente algo de lo que Maffia et al. (2011) señalan: los usos de drogas de las mujeres se analizan generalmente como excepciones insignificantes de una realidad que pertenece a los varones. Si bien los hombres lideran el consumo de sustancias psicoactivas, no son la mayoría absoluta y en distintos casos las distancias tienden a acortarse¹⁵⁷. Sin embargo “el desarrollo de líneas de investigación

¹⁵⁷ Compartimos algunos resultados de la Encuesta realizada en el marco del Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad (2014) OAD- SEDRONAR. Aclaramos que todos los datos que mencionamos tienen como referencia temporal el mes de Octubre de 2014, dado que el trabajo de campo se realizó durante un período de dos semanas en dicho mes.

- Consumo de tabaco: del total encuestado un 34% fumó cigarrillos en el último año y un 28,4% durante el último mes. La información desagregada por género sólo se refiere al consumo del último mes donde un 34% de los varones y un 21,9% de las mujeres declararon que fumaron cigarrillos en dicho período. A diferencia de la tendencia en otros puntos del país, en los barrios estudiados del municipio de Pérez las mujeres fuman menos que los hombres, pero como mencionamos en otra nota al pie, el tabaco es la sustancia por cuyo consumo (propio) más se preocupan las mujeres.

- Consumo de alcohol: un 70,7% de los varones declararon haber consumido alcohol en el último año contra el 48,7% declarado por las mujeres. De la misma forma, la proporción de varones que consumieron alcohol en el último mes fue de un 62,2% contra un 32,1% en el caso de las mujeres. En todos los casos los porcentajes de consumo excesivo de alcohol son mayores en varones que en mujeres, y en la mayoría se trata de varones adultos, también coincidente con la tendencia nacional.

- Consumo de psicofármacos: el 10% del total de encuestados/as declaró haber consumido psicofármacos alguna vez en la vida (4,05% son varones y 5,4% mujeres), un 5,5% lo hicieron en el último año (2,7% son varones y 8% mujeres) y un 4% durante el último mes (2,7% son varones y 5,4% son mujeres). Las prevalencias de consumo de estas sustancias son en todos los casos más importantes en las mujeres respecto a los varones. En relación a la tendencia nacional los consumos son más bajos tanto en mujeres como en varones (un 19,8% del total de población nacional uso psicofármacos alguna vez en su vida: tranquilizantes y ansiolíticos con un 18% y estimulantes y antidepresivos con un 1,8%- (OAD, 2010. De ese 18% un 12,5% corresponde a varones y un 22,9% a mujeres, y del 1,8% un 1,1% corresponde a usos de varones y un 2,4% a mujeres).

- Consumo de marihuana: el consumo de marihuana alguna vez en la vida asciende entre las/os encuestadas/os a un 11,2%, mientras un 4% lo hizo en el último año y un 2,4% durante el último mes. Entre las mujeres la prevalencia de vida es de un 4% y la de año 1,3% mientras que entre los varones son de 18,2% y 6,7% respectivamente. Esto continúa con la tendencia a nivel nacional.

- Consumo de cocaína: un 6,2% de los/os encuestados/as manifestaron haber consumido cocaína alguna vez en la vida, el 2,2% lo hizo en el último año, y el 0,2% en el último mes. Del mismo modo, al comparar las prevalencias de consumo de cocaína por género, cabe destacar que las mujeres no declararon haber consumido esta sustancia durante último mes, siendo la prevalencia de vida 1,8%. Por el contrario, entre los varones la prevalencia de vida es de un 10,6%, y la de año 3,1%.

específicas incorporando la perspectiva de género ha sido escaso, especialmente cuando las comparamos con las destinadas al estudio del uso y abuso de drogas entre los hombres” (p. 9-10). En este caso, más que una excepción insignificante, aparece la idea de que si existe un consumo de una mujer tiene que ver con que sostiene vínculos con varones que también consumen, lo que en realidad aparece en varios estudios. Quisimos recuperar, para poder pensar estas consultas mayoritarias de mujeres en relación a consumos de varones, la respuesta sobre este tema en la encuesta del 2014. Sin embargo, en dicho formulario la pregunta vinculada a la preocupación por el consumo de otras personas¹⁵⁸ no consideraba las identidades de género de las mismas, por lo que no fue posible saber por quiénes estaban preocupadas/os en ese momento, en relación a la identidad de género¹⁵⁹. Sí encontramos, en ese mismo estudio, referencias de un mayor consumo de psicofármacos por parte de mujeres que de varones (es la única sustancia en la que este uso mayor se da), que no suele generar preocupación, dado que en general (80% de los casos relevados) el acceso se realiza bajo control de la corporación médica (y la instigación de la industria farmacéutica). En una de las entrevistas realizadas, en este caso a la responsable del Punto de Encuentro de SEDRONAR en Cabín 9, señalaba que es un tema sobre el que quieren empezar a trabajar (en el marco de un proyecto “Más Juntos” que están empezando a elaborar con la nueva gestión provincial, específicamente desde APRECOD, como reemplazo del Plan Abre Vida), dado que les llamaba la atención la cantidad de mujeres que consumían psicofármacos, situación de la que tomaban conocimiento cuando las madres con las que tenían contacto en el PEC le manifestaban que sus hijos les sustraían sus pastillas (en general tranquilizantes y antidepresivos) para su uso. Es decir que el problema aparecía vinculado a esta práctica de sus hijos mientras que el uso se encontraba naturalizado en el caso de ellas.

Entendemos que pueden ser múltiples las variables a considerar para analizar esta menor llegada de consultas por consumos de mujeres al CEMAP o al CMDS. Para poder esbozar algunas hipótesis respecto de la poca cantidad de mujeres que van a asesorarse por un consumo propio, sería necesario realizar una investigación específica. Aquí solo retomamos, cuando analizamos las derivaciones desde el CEMAP, una

¹⁵⁸ En cuanto a las personas que en el estudio mencionado anteriormente (2014) se sintieron preocupadas por el consumo de otra persona, en el caso de los varones la preocupación por ese consumo estaba ligada en un 34% al alcohol, en un 26% a la cocaína, en un 24% a la marihuana y en un 5% al tabaco.

En el caso de las mujeres preocupadas por el consumo de una tercera persona, un 37% vinculaba ese consumo al alcohol, un 24% a la cocaína, un 21.5% a la marihuana, un 5 % a solventes/inhalables y un 4.5% a tabaco.

Es importante remarcar que a diferencia del caso de la preocupación por el consumo propio donde eran mayoritarias las preocupaciones por sustancias consideradas legales (más del 66% para los varones y del 83% para las mujeres), en el caso del consumo de otras personas las sustancias legalizadas e ilegalizadas representan cada una el 50% de las preocupaciones, siendo levemente mayor en el caso de las mujeres la preocupación por los consumos de sustancias ilegalizadas por terceras personas (alrededor de un 55% del total).

¹⁵⁹ Las opciones que ofrecía el cuestionario estaban representadas por un número en el que se agrupaban junto madre/padre; hijo/a; hermano/a, amigo/a; etc.

cuestión puntual sobre la aceptación de mujeres, de mujeres con hijos/as e identidades de género no binarias en las instituciones que abordan “específicamente” cuestiones de consumos problemáticos de sustancias.

Así como consideramos la escasa llegada de mujeres que atraviesan situaciones de usos problemáticos de sustancias en busca de asesoramiento al CEMAP, también encontramos que son muy pocas las personas que asisten al espacio disponiendo de obra social. Del total de registros de situaciones recibidas solo un 4% disponía de este tipo de cobertura mientras que el 96% solo contaba con la cobertura pública. En relación a los motivos posibles, desde la mirada del CEMAP se trataba por un lado de un desconocimiento del espacio y que ante “no saber qué hacer” estas “familias” se dirigen a Rosario, pero por el otro se consideraba también que operaba allí esta idea de que “no se enteren en la ciudad” de la situación de consumo¹⁶⁰.

A partir de nuestro trabajo de campo, entendemos que esta “no consulta” es preciso pensarla en relación tanto al discurso que señala que los servicios del CMDS (fuera del de la guardia) “son para el que no tiene otra cosa” como a la existencia de estas prácticas en los procesos de atención donde la confidencialidad, la preservación de la identidad no suelen estar garantizadas y si existe la posibilidad (por disponer de cobertura y de recursos económicos) de dirigirse a otros espacios en la ciudad de Rosario lo hacen.

Tampoco podemos dejar de considerar la existencia de estas miradas estigmatizadoras en relación a la usuaria/os en el CMDS (excluyendo al CEMAP). En este sentido, aparece lo que planteaba Romaní (2007) en las orientaciones teórico- metodológicas, la idea de que en aquellos/as sobre quienes no recae una estigmatización vinculada a una pertenencia de clase, la asistencia a estos servicios por cuestiones de uso problemáticos de sustancias trae aparejado un “descubrirse” ante la sociedad, pasando a formar parte, de algún modo, de la categoría de “drogadictos”, con todos los problemas que ello conlleva desde el punto de vista familiar, laboral, etc. (Romaní, 2007:129). Igualmente es necesario problematizar esta idea de “descubrirse ante la sociedad”, si se asiste a los servicios y que encontramos también como argumento que obstaculiza el acceso en muchas/os trabajadoras/es del CMDS. Así planteado aparece como un modo de eludir

¹⁶⁰ En una entrevista con la Coordinadora del CEMAP nos señalaba:

E: ¿Y por qué creés que no hay...? O ¿A qué...? ¿Creés que hay gente con problemas con cobertura pero que no va?

A: No, yo entiendo que no llegan a la municipalidad los que tienen cobertura... Se van directamente a Rosario... Averiguan por... Porque yo me he enterado de que hay varios chicos de Pérez que están en Nazaret...

E: ajá.

A: Nazaret es el que absorbe, y que ni pasaron por acá... No, no, no, no.

E: Y ¿por qué pensás? Digo... ¿Por qué van directo?

A: Y porque supongo que ellos mismos... Es que la gente no tiene idea... Como familia, te pasa algo así con tu hijo... Estás en bola, no sabes qué mierda pasa... ¿Y qué haces? Hablás con tu médico clínico... Con tu... o adonde vos... y te derivan... Te dicen... Sí ya te ataca... ra... No, no llegan a donde estamos nosotros. Han llegado algunos casos, sí. Pero no más de 4 o 5.

A: No, no... No quiere tampoco que el pib...que se entere la gente que el pibe se droga... Este... Y yo me parece que viene más por ahí...

la responsabilidad de quienes organizan los procesos de trabajo y de quienes deben llevarlo adelante, de garantizar la confidencialidad en todos los procesos de atención.

Primera respuesta del CEMAP

En los casos de una derivación “formal” con algún informe escrito, suele generarse una reunión previa con quien va a realizar dicha derivación, por lo que los tiempos suelen prolongarse. Existen casos de derivaciones formales con notas escritas pidiendo intervención y otras informales mediante conversaciones – ya sean telefónicas o presenciales. Si es una derivación de las psicólogas o el psiquiatra del propio CMDS, dependiendo de la premura, se genera un encuentro puntual entre este/a profesional, quienes integran el CEMAP y en general la trabajadora social, o se aborda en la reunión mensual que sostiene este equipo (en el que ya mencionamos que participa el CEMAP también).

Esas primeras entrevistas con referentes afectivos o las/los usuarias/os por sí mismos/as, se realizan en su mayoría en el CEMAP, aunque en varias oportunidades, considerando que las consultas suelen ser de Cabín, se han llevado a cabo en la Delegación Municipal que funciona en dicho barrio, o incluso en una visita domiciliaria, en la que se conversa informalmente y se invita a una entrevista. En los dos casos – sea referente o la/el propio usuario/a se utiliza el mismo formulario, que contiene algunos puntos fijos que se van completando (aunque algunas partes suelen quedar incompletas) a lo largo de la entrevista. Dicho formulario fue cambiando a lo largo de los años y desde 2018 que se utiliza el mismo.

En este espacio de primera entrevista se trata de conocer si quien viene a consultar lo hace efectivamente por un problema de consumo – propio o de otra persona- dado que hay casos en los que no se ha planteado esta problemática. Si sucede eso se lo suele derivar al sector o institución que pueda abordar dicha problemática. En general las consultas que no se corresponden con problemas de consumo, suelen referirse a preocupaciones por conductas agresivas o violentas en el seno familiar.

En general las **entrevistas con las/os referentes afectivos, o personas preocupadas por el consumo de otras** las realiza la coordinadora del CEMAP. Suele ser aquí – aunque no exclusivamente- donde aparece una distancia entre lo que propone el CEMAP como abordaje y lo que las personas demandan. En el trabajo de campo, nos contaron algunas experiencias en las que existía una urgencia o desesperación por parte de las madres o padres y que luego, por ejemplo, cuando intentaban contactarlos nuevamente no contestaban el teléfono o estas personas quedaban que iban a llamar al CEMAP y no lo hacían más. Cuando le preguntamos por qué creían que pasaba señalaban:

PE: Porque... quieren sacarse un problema de encima... No con malas intenciones... lo digo de la mejor manera...

E: Mjm.

PE: E internarlo... porque es la única forma en que ellos entienden que, que, que el pibe va a salir... O que ellos por lo menos van a estar tranquilos... Porque este pibe ya había empezado a robar... Había empezado a hacer cosas... Eh... Y no se lo bancan, entonces, es muy difícil que entiendan... que la internación no es el único camino... Eso nos pasa en todos los casos.

E: ¿Por qué creés que...?

PE: Cuando se trata de pibes jóvenes, y que los padres...vienen desesperados, no es porque el pibe quiera...

E: Mjm.

PE: Seguro... El pibe, todavía, para él no es un problema... o sí, pero... como que... lo hace más por los padres... o por... Entonces no lo puede sostener, no lo sostiene.

Pero los padres te vienen desesperados te dicen 'internarlo ya, en algún lado, porque no puede ser, porque... este... se droga todo el día, porque ahora empezó a robar... ¿qué voy a hacer con el pibe?'... Y es así, el pedido, la demanda es siempre es internalo... Hasta que... Se puede hablar con el padre... que entienden los padres de que... no es la única manera. Que el pibe tiene que querer, porque tampoco... sirve la internación... Es un laburo interno, una internación... Y si el pibe no quiere... ¿Qué va a ir? ¿A qué?

E: ¡Mjm!

PE: Es decir... ¿Se entiende lo que digo?

E: Sí, se entiende.

PE: Por lo menos, lo que yo conozco... se trabaja con psicólogo, se trabaja con... terapias... Y si el pibe no le interesa... No labura nada... ¿Qué va a laburar?

E: Claro... y...

PE: No sirve... Y cuando sale, ¿qué hacemos? Yo te puedo hablar de lo que me pasó a mí... Yo quería que los internaran ya... En aquel momento...

E: ¿Vos? ¿Por qué?

PE: Porque era una cosa de locos, yo vivía de noche buscándolos por todos lados... Y entonces internado, estaba protegido él y descansaba yo... Esa es la realidad, y me parece que eso les pasa a los padres hoy...

E: Ajá.

PE: Entonces... No te... yo... Mirá, yo... pedía en una salita que lo internaban y me dijeron: No, nunca. A no ser que no estén en riesgo no los vamos a internar¹⁶¹... O sea... Después, claro, con todo el laburo que yo hice... y todo... y yo lo entiendo... pero... Te digo, me parece que viene por ese lado... Es...

Y es así... con todos los pibes que están complicados... la familia... quiere... que lo interne... Para sacarlo del... donde están... Para que... porque para ellos es la solución...

Al comenzar el apartado señalábamos cierta distancia entre lo que se solicitaba y lo que ofrecía el CEMAP, como vemos a partir del intercambio citado, una expresión de dicha distancia la reconocemos en la cuestión de la internación. En ese sentido, encontramos en distintos registros de las intervenciones del CEMAP asentadas explicaciones hacia las/os referentes afectivos/as de que salvo que fehacientemente exista un riesgo de vida propio o riesgo para un/a tercero/a no se va a proponer una internación como recurso terapéutico. En una carta presentada a una institución dando cuenta de las acciones realizadas, se explicitaba esta idea:

“Durante las entrevistas y comunicaciones telefónicas sostenidas con su madre, se evidencia que la mayor preocupación gira en torno a la problemática de consumo del joven, exigiendo respuesta por parte del estado respecto a una internación (“encierro”) como única acción posible. Se asesora explicando el marco legal ante estas problemáticas (Ley 26.657 y 26.062) en cuanto a los tratamientos por consumo problemático de sustancias y derechos de niños/as y adolescentes: esclareciendo la importancia de un abordaje integral.” (Registros CEMAP).

Si bien la apelación a la LSM se hace presente como argumento discursivo desde el que “torcer” este pedido inicial de la internación involuntaria, aparece en la coordinación del CEMAP como sustancial la idea de que “lo forzado” – más allá de los reparos legales- no es efectivo, antes que considerarse violatorio de los derechos de las/os usuarias/os.

En algunos casos, pese a este desencuentro inicial de expectativas, las personas continúan con el proceso que propone el CEMAP, ya sea nuevas entrevistas, o las distintas opciones que mencionamos luego, como parte del Menú de Ofertas. En otras oportunidades, luego de esa consulta no regresan al espacio e intentan conseguir las internaciones por otras vías (como puede ser a través de la referente del PEC de

¹⁶¹ En la entrevista que le realizamos en 2014, nos relataba un situación de muchos años atrás en la que ella se había quedado tranquila cuando consultó que si sus hijos no querían era posible internarlos igual y le había dicho que sí. Citamos ese fragmento: “Me fui al sanatorio de niños y pregunté en Niñez y Adolescencia, en la parte de adolescencia, que estaba en ese momento... había una, no me olvido, una... llovía, ese día... en un escritorio una chica, le digo mirá yo sospecho que mis hijos se drogan, ¿a dónde voy?, así fue... y me mandó a Nazaret...me dijo andá y fui allá...y yo pensé que me iban a hablar, me iban a consolar, yo estaba desesperada, y me acuerdo que yo no sabía bien que era la droga, sabía que era malísimo, pero, no, no, no sabía nada de lo que sé hoy. Y el tipo me dio un turno dentro de 15 días, y nada más viste? Y bueno así me vine...qué hago los 15 días? Bueno, después entendí si tu hijo se drogó un año, obviamente que en 15 días no, no va a mejorar la cosa... y me acuerdo que me iba, llevo a la puerta y le digo: “¿si no quieren, uno los puedo obligar?”, “Sí”, me dijo, bue... ahí me fui tranquila, fue como que... podía hacer algo... y bueno”.

SEDRONAR, aunque también puede suceder que considere al igual que en el CEMAP que esa no es la estrategia más conveniente para esa persona). Hay algunas situaciones en las que se realiza una única entrevista y aparece una nueva consulta transcurrido un tiempo, en algunos casos, uno o dos años después.

Ocurre en algunos casos que quizás los/as referentes vean como posible estas alternativas que les proponen a la internación pero no acontece lo mismo con las/os usuarias/os por los que van al CEMAP, que no tienen intenciones de realizar ninguna consulta. En este sentido, siempre se sostiene desde el centro que es necesario hacer una entrevista con la persona por la que se viene a consultar, haciendo hincapié en que sin su voluntad o interés “nada tiene mucho sentido”. De este modo se suele recomendar a quien fue a la entrevista que le transmita a la otra persona que si le interesa hacer una consulta, existe un espacio de escucha disponible. Esas entrevistas, en caso de que se concreten las suele realizar la psicóloga del CEMAP. Puede pasar también que el/la referente afectivo/a deje un teléfono de la persona y solicite que desde el CEMAP se comuniquen, si creen que de ese modo hay más posibilidades de que asista.

Del total de personas que fueron a consultar preocupadas por el consumo de otras (recordemos que representan el 85% de las situaciones abordadas), en el 41% de los casos no se concretaron luego entrevistas con las/os usuarios/as por parte del CEMAP. En la mayoría de las situaciones tampoco volvieron a acercarse las/os referentes. Un 21% de las usuarias/os sí asistieron a una entrevista con el CEMAP y luego no realizaron ningún abordaje propuesto por esta institución. Mientras que un 38% de las personas asistieron a la entrevista e intentaron realizar otros abordajes. En muchos casos se trata solo de entrevistas y en otros, de tratamientos en instituciones especializadas o terapias individuales, entre otras.

En cuanto a las **entrevistas con usuarios/as**, como se desprende de los porcentajes que compartimos anteriormente, del total de consultas realizadas por otras personas, un 59% de los casos, lograron concretar entrevistas con las/os usuarias/os. En ese caso, lo que se suele hacer es completar el formulario inicial que habían realizado con las/os referentes.

En el caso de las personas que fueron a consultar por sí mismas la primera vez (recordemos que son el 15% del total de asesoramientos realizados), un 30% realizó una única entrevista y un 70% continuó abordando la situación, aunque en algunos casos solo se trate solo de algunas entrevistas más.

Lo fundamental para quienes entrevistan es dilucidar si la persona manifiesta un malestar o padecimiento, si ubica en el consumo un problema (se suele registrar como “logra problematizar su consumo”) y si tiene interés en realizar algún tipo de abordaje, explicándoles las distintas opciones. Pero en general luego de las entrevistas se reúnen las integrantes del CEMAP y evalúan cuáles serían las alternativas más pertinentes.

En relación a esta distancia entre lo que solicita quien va a consultar y lo que se ofrece desde el CEMAP, encontramos que en algunas oportunidades son las/os mismas/os usuarias/os lo que piden la internación,

como modo de “alejarse” de ciertos ambientes en los que encuentran “la causa” de su consumo o con la idea de que “una internación vendría a subsanar todos los males” (Registros de campo, 2020). Si bien en la mayoría de los casos desde el CEMAP se proponen otras alternativas, en algunas situaciones se la toma como una opción necesaria, para que se produzca “un corte”, para “parar” o incluso “para poder empezar a hablar” (Registros de campo, 2019). A pesar de que el análisis de lo que sucede luego de las internaciones les devuelva una situación distinta a la que esperaban. Retomamos este análisis luego, cuando abordamos el Menú de Ofertas que despliega el CEMAP.

El desencuentro entre la oferta que los profesionales encuentran como pertinentes o adecuadas y las expectativas de los usuarios o sus familias (demandas alentadas por la información que circula socialmente sobre este tipo de situaciones) puede constituir un obstáculo para el uso de los servicios de salud del CMDS y el CEMAP.

Algunas reflexiones sobre las entrevistas realizadas a usuarias/os y a familiares

En el análisis realizado al registro de lo que sucede en las primeras entrevistas, encontramos tanto de parte de las/os referentes como de las/os propios/s usuarias/os relatos biográficos o autobiográficos en los que se perciben diversas necesidades: dar cuenta de una serie de situaciones traumáticas a nivel de lo familiar (pérdida de un familiar, separación o abandono de los padres, abusos en el seno familiar, etc.); o bien poner de manifiesto cuestiones de la “personalidad” (afirmaciones como “nací así”, “desde chiquito es agresivo” y otras expresiones deterministas aparecen con frecuencia) que llevaron a la persona a consumir. Tratan así de encontrar “la causa” del inicio del consumo y por otro lado, procuran hallar en esa misma práctica la explicación para toda una serie de situaciones desafortunadas.

En general las/os propios/as usuarias/os o las/os referentes, más allá de las historias particulares, despliegan distintos argumentos en los que las responsabilidades por un consumo problemático son individuales, familiares y en algunos casos se combinan estas dos con “malas juntas”. En el caso de las madres encontramos distintas expresiones en las que— a diferencia de lo que señala la coordinadora del espacio cuando afirma que “no se hacen cargo de nada”— se señalan a ellas mismas como las responsables o a lo sumo extienden la responsabilidad a sus parejas: “yo también hice lo que él está haciendo ahora. No fuimos buenos referentes, yo no puedo decir que mi hijo vio algo bueno de mí” otras afirman “fue mi culpa porque siempre lo sobreprotegi” (Registros CEMAP).

En relación con los relatos de estas experiencias, existen dos aspectos que se incluyen en el formulario de primeras entrevistas (Antecedentes de consumo en la familia/ Motivos probables de consumo) que podrían contribuir a que se piense a la problemática como la consecuencia de lo que suelen llamar “familias

disfuncionales” y que sean las personas que consultan quienes se encuentren rastreando en su historia qué los llevó a consumir de ese modo. En este sentido, pese a que en distintas oportunidades desde el CEMAP se hace hincapié en correrse de la idea de “enfermedad” para pensar en padecimientos inscriptos en sufrimientos sociales, por momentos se recae en esta postura en la que el consumo tiene una “causa” y que deben rastrearse “antecedentes de consumo en la familia”. Este posicionamiento se combina a su vez con las experiencias previas de las/os usuarios/as dado que en varias de las situaciones, se trata de personas que han transitado, en años anteriores -por períodos de tiempo relativamente cortos en la mayoría de los casos-, por instituciones (especializadas o no) con posicionamientos fuertemente arraigados en el modelo prohibicionista-abstencionista, en el que a su vez se reproduce (y esto se internaliza en las/os usuarios/as) la idea de que “la droga” ha tomado el control de sus vidas, pero que al mismo tiempo depende de su voluntad (o de la de Dios) “rehabilitarse”. Fueron mencionadas las siguientes: Padre Misericordioso, Crea, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Asociación Nazaret, Remar, Iglesia Santuario de Fe, AVCD, Vínculos, Esperanza de Vida, grupo de la Iglesia del Padre Ignacio, Templos evangélicos sin especificar nombre, Asociación Civil Programa Andrés (cuando funcionaba como Comunidad Terapéutica).

Si bien las integrantes del CEMAP señalan “lo que nosotros les aclaramos siempre en las entrevistas es eso... que... es totalmente... que nosotros no estamos en lo punitivo, en lo prohibitivo, nada de eso... Que pueden hablar con toda tranquilidad, que es totalmente secreto...” (Registros de campo, 2020) sigue existiendo, en algunas intervenciones, una posición moral negativa sobre la práctica de consumo que puede generar efectos expulsivos en ciertas/os usuarios/as. A su vez reconocemos cierta ingenuidad en relación a que, trabajar en una perspectiva de reducción de daños tiene que ver con “estar de acuerdo” con que las personas “se droguen”. En una de las entrevistas, la coordinadora nos manifestaba que, debido a las formaciones realizadas (en su mayoría en el marco de la implementación de la LSM) y a las experiencias que abordaron desde el CEMAP, había cambiado totalmente su mirada sobre esta problemática¹⁶², cuando le preguntamos en qué sentido, señalaba:

PE: En todo, en como pensarla... en cómo pensar el consumo. Yo... He... A pesar de que lo había vivido... Yo... era de las que... la gente tenía que dejar de drogarse, que lo sigo pensando... Personas que están muy complicadas... Es mejor no... No consumir que consumir...

¹⁶² En los registros de las intervenciones del 2012 al 2014, encontramos en distintas entrevistas expresiones como la siguiente: “se le explica [nombre de la Coordinadora actual del CEMAP] las características generales que tiene una persona adicta y la prevención necesaria”.

[...] Yo creo que te hace más humana, cuando uno entiende... de qué se trata. Es difícil entender, es difícil. Yo entiendo a las personas de mi edad que nunca lo vivieron y que... este... ven la delincuencia en el consumo, no ven un pibe que sufre...

En este sentido, si bien considera un logro el haberse corrido de lo que podemos identificar como el estereotipo de la delincuencia, se reproducen las bases morales sobre las que se elaboró el paradigma prohibicionista (Corbelle, 2017). Aunque resulte “deseable” que una persona cuya práctica de consumo le produce sufrimiento (o cuando ciertos sufrimientos sociales se manifiestan en prácticas de consumo que afectan significativamente a las personas) pueda abandonarla, también –y desanclado de una posición moral– pueden plantearse las condiciones para un consumo que no resulte problemático, o acarree sufrimiento, desde una perspectiva de reducción de daños.

A su vez el análisis de los registros de los casos abordados, permite reconocer exposiciones de las personas y sus familias a situaciones de vulnerabilidad social de larga data, pero que el problema de consumo desdibuja o invisibiliza. Quienes integran el CEMAP suelen utilizar la frase de que el consumo “es la punta del Iceberg” de situaciones mucho más complejas y reconocen el peso de cuestiones “estructurales” en las vidas de las personas. De hecho en el abordaje de

PE: Y no podemos con la familia, no podemos... Lo que pasa que... Nunca pudimos... Con la familia. Para la familia es la droga, no hay otra cosa... entonces, ¿por qué se droga? ¿Viste? Y hay otra cosa... Y hay una historia... de vida... que... Lo mínimo que puede hacer... el pibe es drogarse para poder sacar todo eso...

E: ¿Suele pasar eso...? de pensar que... Para... Como que en general el problema es el consumo...

PE: ¿Para los padres?

E: Sí, para los...

PE: Sí, totalmente, no se hacen cargo de nada...

E: Ajá, claro. Aparece eso... como...

PE: Hasta donde yo veo... No se hacen cargo. (...) Nosotros nunca logramos... Trabajar con la familia, porque no... Es el pibe con la droga, no son ellos. ¿Me entendés?

E: Mjm.

PE: Y si no hay apoyo familiar de cualquier... padre... De... de... tanto sea estando en un tratamiento o, con el pibe en plena situación de consumo... Eh... no se puede...

E: ¿Y otras redes más allá...?

PE: El pibe solo no puede.

Aparece así una contradicción entre considerar ciertos contextos familiares como los que contribuyen a que se genere un consumo problemático de sustancias, pero al mismo tiempo plantear que si esa misma familia no colabora, asumiendo su responsabilidad en el asunto, es muy difícil que se pueda avanzar en un trayecto terapéutico.¹⁶³

Esta contradicción, puede ser pensada también recuperando lo que propone Germain (2016) dentro del análisis de los obstáculos o aporías en la política de salud mental a partir de la Ley Nro. 26657. Allí la autora señala que una de las premisas de esta normativa es que las intervenciones sobre los problemas de salud mental o sobre los consumos problemáticos, no conduzcan a la ruptura de lazos con el grupo familiar, el entorno social o la comunidad. Sin embargo, al mismo tiempo se pregunta si el padecimiento mental no puede pensarse como “el nombre que hoy, como antes la locura, recibe el rechazo que ciertos individuos reciben en el seno de su grupo familiar, de su medio social” (p. 47). De hecho, en los pedidos de internación constantes se hace presente esta necesidad de “alejar” un problema frente al que no se sabe qué hacer y también de encontrar en esa persona que consume el modo de dotar de sentido los problemas más acuciantes de la vida cotidiana.

Ahora bien, la encrucijada se encuentra en la propuesta misma de un abordaje comunitario como modelo para intervenir frente a los padecimientos de salud mental y adicciones, establecido por dicha legislación. En este sentido, Germain señala que no hemos considerado e interrogado lo suficiente el impacto que las políticas neoliberales han tenido en el modo en que se organiza la vida colectiva. Así,

la expectativa en la reconstrucción de los lazos [que se establece como aspiración de la política] presenta un primer obstáculo: en sociedades fuertemente secularizadas y que producen un individualismo narcisístico el lazo social/moral que debería mantenernos enlazados se ha debilitado profundamente. Esto implica que un condicionante importante del éxito de esta política está una comunidad notoriamente frágil (p. 47).

Podemos también preguntarnos hasta qué punto resulta viable este abordaje, cuando frente a estos lazos deteriorados los despliegues de recursos de parte del estado siguen siendo escasos, como señalamos luego.

¹⁶³ Juunto a Routier y Llovera, en las VI Jornadas del Programa Andrés expusimos en relación al trabajo con referentes afectivos/as de usuarias/os y señalamos en relación a este tema que “es un lugar recurrente en ciertos abordajes e instituciones de salud y asistencia, el proyectar el trabajo con familiares de usuarios y usuarias de sustancias psicoactivas a partir de una doble consideración de los mismos. Por un lado, se ubica al grupo o entramado familiar como el “responsable” de las problemáticas y padecimientos asociados al consumo problemático de los usuarios. Es decir, se produce el señalamiento de algún tipo de déficit en la constitución o funcionamiento familiar, para explicar la “desviación” de aquel que consume drogas.

Por otro lado, y contradictoriamente, se espera que el grupo familiar se transforme en el medio propicio de “rehabilitación” de las personas con consumos problemáticos. Depositando muchas veces en ellos una responsabilidad singularizada y deshistorizada.” (Llovera, Routier y Scialla, 2018).

El análisis que realizamos hasta aquí del CEMAP como lugar de recepción y primera respuesta en relación a la dimensiones de la accesibilidad propuesta, nos permite pensar que resultan fuertemente significativos los aspectos material y simbólico. Aunque también, en relación a los vínculos con el resto de los espacios del CMDS, encontramos posibles limitaciones que pensamos desde la dimensión organizacional.

En cuanto a la material, encontramos que la disponibilidad horaria del espacio (de 8 a 13 hs) es, no sólo reducida sino además limitativa ya que coincide con los horarios de las actividades laborales de las personas. Por otro lado, tampoco se encuentra garantizado el personal mínimo para el desarrollo de las tareas propuestas. Estar presentes en el espacio para recibir consultas y responder en el momento, impide el trabajo territorial, que en algún momento se intentó realizar, o la participación en otras actividades del municipio, quedando librado a la buena voluntad de los/as trabajadores ir fuera de su horario o compensarlo. Por otra parte es importante considerar que cada caso que llega, más allá de la entrevista inicial, suele demandar diversas reuniones de diferentes equipos, trámites, gestiones de recursos básicos – que consideramos luego que hacen difícil el cumplimiento de las líneas propuestas por este espacio. Se trata no del abordaje de una problemática de consumo (como suele simplificarse, en el vínculo de un sujeto con una sustancia) sino del abordaje de diversas problemáticas sociales que lo exceden ampliamente. Encontramos trámites para gestionar subsidios de mejora de condiciones de vivienda, de ayuda alimentaria, de certificaciones de discapacidad, de subsidios para transporte. Por otro lado, y esto puede pensarse como una combinación entre cuestiones de organización y de cómo se piensa la problemática, aparece la idea de que quien responde frente a problemáticas de consumo es únicamente el CEMAP (se habla siempre de esta idea de “dos personas”) y no que se trata de un abordaje o de procesos de atención que involucran (o deberían hacerlo) a distintos espacios del CMDS e incluso del municipio.

La necesidad de disponer de más recursos – especialmente de personal formado- es identificada como una de las cuestiones a modificar para mejorar la accesibilidad por quienes trabajan allí. En ese sentido, señalan:

E: Bueno, esto, te parece que se podrían hacer algunas... eh... modificar algo en la cuestión del centro... del CEMAP como forma de facilitar el acceso o...

PE: Me parece que habría que... pensarlo con más recursos humanos si... eh... y a lo mejor alguna... yo no sé si... a ver... darle porque o sea... se dice... que la gestión se preocupa, que yo creo que hay alguna cuestión de preocupación real... pero cree que esa preocupación tiene que estar acompañada... de recursos humanos... de recursos...

E: Se dice... vos qué decís? Que lo dice el propio... eh... el propio ejecutivo?

PE: Si...

E: O que lo dice la gente sobre el ejecutivo?

PE: No... el... la... el propio ejecutivo...

E: Ajá...

PE: Como que hay una preocupación por la problemática... como que hay que trabajar... como que... pero después... eso... si no viene traducido a algunas... cuestiones básicas... me parece que... de de, de... de recursos... y de poner... de... de... ponerle el peso donde tiene que tener.... me parece que... queda en el discurso...

E: Aja...

PE: Eh... si bien yo sí reconozco que...(...) En eso se ha crecido muchísimo... se hace... si yo pienso hace... cinco años atrás... seis años atrás... no había nada... con lo cual si... yo... entiende que son...

E: Mjm

PE: Procesos y son cuestiones... lentas... y...institucionalmente sé que hay un montón de variables... digo... no... no... no... digo que haya mala... predisposición ni intención. Digo que a veces... uno trabaja con... con... haciendo maravillas con dos mangos... con... dos personas... (Registros de campo, 2019).

A su vez, como ya hemos mencionado en otros apartados, dos de las tres personas que integran el espacio se encuentran en condiciones laborales precarias, facturan como monotributistas y, en relación al aporte de APRECOD, es posible que el organismo decida financiar y potenciar el abordaje que se viene haciendo desde el Punto de Encuentro de Cabín 9, con un posicionamiento marcadamente abstencionista¹⁶⁴.

Existe un aspecto que mencionamos dentro de la dimensión material, el geográfico o territorial que debemos considerar especialmente en relación al barrio Cabín 9, más allá de que en ocasiones sean las integrantes del CEMAP quienes van hasta Cabín. Esas trabajadoras tampoco suelen tener garantizado su traslado para realizar las entrevistas o visitas, realizándolo en general en su vehículo particular incluso en

¹⁶⁴ En una entrevista que le realizamos a la referente del PEC, manifestaba su absoluto desacuerdo con aquellas personas que planteaban como primordial la despenalización de la tenencia para consumo, antes que pensar en la necesidad de prevenir que era lo que iba a solucionar el “problema de fondo”. Así afirmaba:

“PE: me parece tan ilógico... que... se planteen estas cuestiones... cuando... podríamos estar pensando en prevenir... Si prevenimos... y damos... eh... h... si damos por qué... eh... que por qué tenemos que hacer estos grandes, megas... eh... eh... sistemas de prevención...

E: Sí.

B: Tenemos que... eh... poner... dinero en ofertas públicas... y... da resultados... no nos estaríamos planteando lo otro... Yo creo que... esa es la pregunta... eh... hoy... ¿por qué no estamos haciendo prevención, en vez de estar planteándonos si metemos preso a un pibe o no... Por tenencia individual? ¿Me entendés? No... No creo... estamos... eh... planteando mal la pregunta... porque si le estamos dando peso a ver qué nos parece si un pibe va preso por tener... para consumo propio, es que no estamos viendo que no hay políticas de prevenciones fuertes... para que eso no suceda.

(Registros de campo, 2020).

algunas ocasiones no logrando concretar algunas instancias de abordaje (o deben postergarlas) por este impedimento.

En cuanto a la dimensión simbólica, si bien los posicionamiento de quienes trabajan en el espacio distan de las prácticas rechazantes o expulsivas que señalamos en algunas intervenciones de la guardia, de la mesa de entrada principal e incluso en algunos/as profesionales del CMDS, sí encontramos como ya mencionamos, que quienes se acercan a consultar por el consumo de otros/as suelen requerir un tipo de intervención – la internación- que el CEMAP, ajustándose a la legislación vigente desestima o concibe como último recurso, luego de haber intentado otras estrategias. En este sentido, este desencuentro entre oferta del servicio y demanda supera el problema de la ciudad de Pérez; revertirlo implica pensar, entre otras cuestiones, políticas de comunicación mucho más generales que acompañen la LSM y planteen que el encierro nunca es la respuesta a un problema de salud, iniciativas que no han tenido lugar de modo masivo.

Menú de Ofertas del CEMAP

“Entonces van y el sistema sanitario tiene la red de derivaciones que a veces implica dejar a alguien a la deriva”.

(Profesional de la salud entrevistado por Vazquez y Romani 2012)

En apartados anteriores ya nos referimos al CEMAP como “menú de ofertas” posible de la guardia, la mesa de entrada y también de otras/os profesionales del CMDS. Aquí nos ocupamos de analizar cuáles son las opciones que ofrece el CEMAP frente a las situaciones que recibe, luego de ese primer espacio de entrevista¹⁶⁵. Además quedaba pendiente considerar los casos en que desde la guardia se realiza una derivación en el momento a un efector de mayor complejidad en la ciudad de Rosario. El CEMAP también puede considerar entre su menú de ofertas una internación para deshabitación en un hospital general. Aunque esta sea una propuesta que se ha realizado en muy pocos casos y luego de una serie de abordajes previos.

De este modo, comenzamos considerando posibles obstáculos en las derivaciones al hospital general, sea desde la guardia o desde el CEMAP y luego analizamos las principales opciones dentro del Menú de Ofertas del CEMAP: derivaciones a instituciones especializadas, derivaciones al equipo de salud mental del CMDS para tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, invitación a la sala de estar. Luego mencionamos dentro de “otras intervenciones” distintas alternativas que han propuesto ante las situaciones que recibieron.

Derivación a hospital general

La mayoría (alrededor de un 80%) de las situaciones de crisis vinculadas a consumos de sustancias –sea explicitadas o supuestas por las/os profesionales- abordadas desde la guardia no incluyen derivaciones a efectores de mayor complejidad. A las personas se les toman los signos vitales (Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial o Tensión Arterial) y en general se les suministra algún tipo de medicación – endovenosa o sub lingual (en general se trata de benzodiazepinas), solución fisiológica, o se les realizan curaciones en los casos que presentan heridas.

En aquellas situaciones en que se consideró necesaria una derivación luego de realizarse las acciones mencionadas anteriormente (20% de los casos), estas fueron en su mayoría a un efector público de Rosario. En algunos casos se recomendó a las/os familiares de las/os usuarias/os que se dirijan “por sus propios medios” y en otros se realizó el traslado en la ambulancia del CMDS junto con una/o de los profesionales de la guardia

¹⁶⁵ Recordemos que cuando las consultan las hicieron otras personas (85% del total), en un 41% de los casos las/os usuarios/as no fueron luego una entrevista y un 59% sí lo hicieron.

En el caso de las personas que fueron a consultar por sí mismas la primera vez (15% del total), un 30% realizó solo una única entrevista y un 70% continuó abordando la situación, aunque en algunos casos solo se trate solo de algunas entrevistas más.

que acompañó. Esto depende de la evaluación que las/os mismas/os realicen sobre las posibilidades de las personas de trasladarse por sí mismas o no, en relación a la “gravedad” de la situación.

Como mencionamos anteriormente, cuando se trata de personas sin obra social o prepaga, el hospital que corresponde al CMDS es el del Centenario. Lo que suele suceder cuando se derivan casos que están vinculados al consumo de sustancias es que desde dicho efector se intenta rechazar la internación. Esto acontece no solo cuando se trata de una situación de crisis (es decir cuando la derivación es directa desde la guardia) sino también cuando se han querido realizar internaciones programadas (para deshabitación). En este último caso, quien la tramita es el equipo del CEMAP. Es decir que en cualquiera de los casos, al gestionar dicha prestación se encuentran con obstáculos.

La mamá de un usuario nos relataba lo que les había sucedido en una situación derivada de la guardia, donde el traslado fue acompañado por un profesional de la salud del CMDS:

PE: El médico pide por favor que... estaba llevando un chico con taquicardia... que... y... le dicen que había lugar ahí. Cuando llegamos al Centenario... cuando le dijeron que ingresaba por droga... le dijeron que no había lugar... Estuve media hora en la ambulancia que no lo querían ingresar. Y el médico, este muchacho que te digo, peleando que por favor lo ingresen. Por droga... te lo dejan morir, entendés? Yo no digo que todos... pero yo sé lo que era mi hijo... después lo demás no lo sé.

E: No, no, no, está bien, pero...

PE: Yo sé que mi hijo no era ningún delincuente... que se había puesto estúpido... que ha consumido ciertas drogas... pero que es un pibe re.... No sé si vos viste... re tratable... un chico entendés? que le gusta la música... o sea que tiene... eh... Para mí... esperanzas de vida, pero... lejos... entendés? Y que todo esto, me lo hayan tratado como si fuera, entendés? No sé qué era... el mal... un mal... un mal que no tiene que existir... Entendés? Como una persona que no tiene que existir para ellos... En el Centenario y acá... en la guardia me pasó eso.

E: Y... Ahí en el Centenario cómo lo resolviste? Qué hicieron al final?

PE: El doctor este.

E: Ah, logró que lo ingresen?

PE: Sí, sí. Pedía por favor porque se le estaba muriendo de... del corazón. Entendés? Pero cuando dijo que era por droga, le dijeron que no. Era... media hora estuvimos en la ambulancia, yo estaba con mi hijo ahí... Sentado en la ambulancia... y lo metieron... Ahí lo ataron... estuvo atado un día y medio. Y llegan de...

E: Lo ataron?

PE: Sí, atado estaba. No tengo ni... no sé por qué porque estaba dormido. Estaba atado de piernas y... y... brazos. Y... Bueno, recién al otro día me dijeron cómo estaba. Estuve toda la noche ahí, y al otro día a la mañana, caen de... (...) Creo que es de ahí del... (...) ay... de salud... cómo es el que está a la vuelta? Olivero no?

E: El Agudo...

PE: Creo que de ahí cayeron... a hablarme por lo de [nombre del hijo]. Y de ahí... me derivan... me hacen hablar con acá, el Gurí... con este centro que hay de... y de ahí me derivan al programa Andrés...

En este caso, se termina logrando el alojamiento de este usuario por la insistencia del profesional del CMDS que acompañó el traslado. La coordinadora del CEMAP señalaba intentos de internaciones programadas en los que se habían encontrado con dificultades de parte de este mismo efector:

E: Cuando vos decís que han hecho experiencias de deshabitaciones en hospitales generales, ¿en cuáles... con cuáles han trabajado?

PE: Sí. ¡Aaah! ¡Aaah! A nosotros nos corresponde el Centenario... Y es un quilombo.

E: ¿Por qué?

PE: Nunca... porque no quieren internar pibes con problemas de salud mental o... ¿cómo es? O... consumo.

E: ¿Por qué?

PE: Porque no tienen las instalaciones armadas... Lo ponen con un operado de corazón... o te lo ponen con... Es entendible... Nosotros nos peleamos mucho... porque... Hemos ido a reuniones con la [la responsable de salud mental del Hospital Del Centenario] (...) Hemos tenido tres o cuatro pibes... que tuvimos que pelearla para que los puedan... este...Darle una cama. Porque ellos te dicen no tienen, este... no tienen... no tienen armado un espacio para... estos chicos... O están en la guardia... Y para pasarlos a una cama... ¡No! Es difícilísimo...

E: ¿Por qué?

PE: Hasta que llegan... Este... Mirá, ahora es distinto, ahora nos piden primero una reunión, con un informe de todo el pibe... Evalúan si sí o no... Y después, no te llaman más... Eso pasó la última vez me pasó a mí... con... un señor mayor, de 60 años, alcohólico... Con cirrosis, con un montón de cosas... Y... habíamos logrado, eh... (....) Eh... Fuimos a una reunión, todo... Qué sé yo... Nos preguntaron hasta el calzón que usaba el... Y bueno, nos iban a llamar, y no nos llamaron nunca... Ya pasaron como seis meses. Esto fue antes de la pandemia...

PE: Cuando es salud mental o consumo, te dan veinte millones de vueltas.

Yo creo que tienen una sola habitación con dos camas, una cosa así. Y que siempre están ocupadas...

E: ¿Destinadas a estos casos?

PE: Entonces, con esa excusa, nunca tienen lugar... O sea, hasta la guardia llegan, los tienen en la guardia, pero llega un momento que... de la guardia tienen que salir.

En una de las mesas de intercambio de experiencias del III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de DDHH y Salud Mental registramos un diálogo interesante entre personal de salud mental del Hospital Provincial Del Centenario y el psiquiatra que integra el equipo de salud mental del CMDS. Allí se explicita que uno de los criterios del hospital es no ocupar una cama por salud mental o consumos problemáticos por el nivel de complejidad de este efector, cuestión que merece ser problematizada.

Psiquiatra CMDS: Yo te quería preguntar... cuántas camas de internación hay... [destinadas a salud mental]?

Personal HC: no tiene camas dedicadas...

Psiquiatra CMDS: Ah... ah no hay camas para internación?

Personal HC: No, es un hospital... de alta complejidad... lo cual implica que hay camas para otras complejidades... es como... un poco más complejo...

Psiquiatra CMDS: Y si va... un tipo... o una tipa... en crisis? Se la deriva?

Personal HC: No... va a la guardia... y en la guarida evalúan... a... y después... verán si hay alguna cama para que pasa a la sala... si no se queda un tiempo en la guardia... ven si lo pueden derivar a otro hospital que tenga cama en sala. Pero no necesariamente...

[Bullicio]

Psiquiatra CMDS: Hay un punto interesante lo que... decís... hospital de alta complejidad y hay cama dedicadas para... coronarias (?) okey... ahora resulta que... por lo menos te puedo decir mi visión como médico... un paciente con una situación de salud mental... grave, aguda y en crisis... tiene un nivel de riesgo y requiere un nivel de intervención, con una intensidad y complejidad que requiere un infarto agudo de miocardio... eh.... y eso por ahí se pierde un poco de vista...

Personal HC: Lo que pasa es que bueno... el Centenario tiene ciertas especificidades... Qué se yo... de cardiopatía infantil... entonces bueno... se prioriza eso que es de...

[Bullicio]

Personal HC: Hay que ser consciente de las limitaciones que tiene determinada institución... y eso es típico de cada institución... Nosotros en el hospital donde trabajamos sabemos que somos totalmente impotentes para trabajar, con determinado tipo de paciente...

Psiquiatra CMDS: Serán impotentes, pero tienen que internarlo, porque si no... lo que...hacés

Personal HC: gente que tiene un convenio a lo mejor con el centenario... o con otro hospital, y te dicen lo tenés que recibir... entonces lo que hacemos es... eh.. trabajar para poder derivarlo...[...]

[Bullicio]

Aunque desconocemos de primera mano los factores que pueden influir en la configuración de estos obstáculos, dado que no incluimos dentro de nuestros objetivos analizar lo que sucede específicamente en este efector, podemos afirmar que si una de las opciones que pueden ofrecer tanto la guardia como el CEMAP es la de una internación -sea para tratar intoxicaciones o para deshabituciones-, existen dificultades para poder considerarla una alternativa accesible¹⁶⁶. En este sentido, las situaciones mencionadas dan cuenta de que el artículo 28 de la LSM, en el que se prescribe que las internaciones (aunque consideradas último recurso) deben hacerse en hospitales generales, no se cumple o encuentra serias dificultades para garantizarse.

Tal como sostiene dicha normativa, los rechazos de las atenciones se consideran actos discriminatorios¹⁶⁷ y es importante reparar en los efectos que este rechazo puede tener. En el caso de la madre del usuario, junto con su indignación por considerar que “si es por drogas te lo dejan morir” también aparece una justificación de que su hijo, pese a requerir atención por consumo en una persona buena. Estas evitaciones de parte del efector ponen en cuestión la idea básica de que cualquier ciudadano/a tiene derecho a ser asistido por un problema de salud y revelan la persistencia del paradigma biomédico en la lógica de atención de la salud. En este sentido es necesario problematizar también qué tipo de demandas se priorizan, desde qué posicionamientos se establecen estos criterios que subyacen en las experiencias recuperadas y colocan a los padecimientos subjetivos como demandas que pueden esperar y no deben ocupar un lugar destinado a otras prácticas.

Ante estas negativas en algunos casos desde el CMDS se gestionan internaciones en otros efectores (por canales informales, dado que formalmente no corresponde), en los que encuentran más predisposición para recibir este tipo de situaciones.

Más allá de los obstáculos, es necesario mencionar que en cuanto a los “efectos” de estas internaciones por deshabituciones, cuando han logrado concretarse, en general no cumplen las expectativas que desde el CEMAP se tenían. En este sentido nos señalaba la coordinadora del CEMAP:

¹⁶⁶ En el marco de una investigación del campo del trabajo social en la Ciudad de Rosario, Lorenzo (2020) realiza una entrevista al responsable del espacio La Estación donde este manifiesta no tener prácticamente inconvenientes a la hora de gestionar en Rosario internaciones programadas para deshabitución, a diferencia de lo que sucede con las guardias o las situaciones de crisis que necesitan atención inmediata, sin posibilidad de planificación. En el caso de las derivaciones desde el CMDS y el CEMAP se encuentran dificultades en los dos casos.

¹⁶⁷ Citamos el artículo en cuestión: Artículo 28.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23.592.

PE: Hay veces que la internación va, va de una. De primera.

E: Para... ¿Para qué serviría? Porque... ¿Qué aporta?

PE: Para que corte... Para que corte... Aunque sea unos quince veinte días... No sé si una internación, a lo mejor una deshabitación en un hospital común...

E: Ajá.

PE: Este... mmm... Eh... Nosotros nos manejamos más con eso...

E: ¿Con qué hospital, en este caso?

PE: Fuimos... Se han internado varios chicos... por... pero ya te digo, personas más grandes... a veces con algún problema de salud mental... Entonces, tratamos de una internación eh... Para una deshabitación... Y después, poder empezar a hablar... eh... con re... por el tema del tratamiento. Yo, personalmente, para mí, no sirve. Para mí.

E: Ajá.

PE: No, no sirve.

E: ¿Por qué?

PE: La deshabitación, como yo lo entiendo, es... el pibe internado con medicación...

E: Ajá.

PE: Y sin, sin... tomar nada, 15 días, una semana... Lo que ellos les parezca... Y después te lo largan así... y ya está, el pibe arranca otra vez... Yo... Lo bueno sería que ahí le pase... No sé, que tome... pueden llegar... podés llegar a hablar con un pibe que no consumió durante 15 días, y podés llegar a entender un poco más... Lo problematizar todo... poder hablar de su situación... ¿Me entendés?

E: Sí.

PE: Para eso... te puede servir, pero tampoco lo sostienen demasiado...

(Registros de campo, 2020).

Más allá de señalar esta cuestión ambigua entre “servir” o no “servir”, nos interesa considerar esta expresión de que “algo suceda” en ese proceso. Así como en las entrevistas realizadas desde este centro se considera como un primer paso en el tratamiento que la persona logre problematizar su consumo, aquí opera la ilusión de encontrar al sujeto “limpio”, “consiente”, sin la intermediación de la sustancia, para delinear un trayecto terapéutico. Entonces aparece la desilusión cuando esto no acontece. En este sentido podemos preguntarnos hasta qué punto se ha modificado la formación de los profesionales que tienen que responder desde esas instituciones, considerando que si dicho proceso no acontece la posibilidad de superar esos obstáculos se ve seriamente limitada.

Derivaciones a instituciones especializadas

Luego de las instancias de entrevista con usuarias/os la opción que más sugiere el CEMAP como parte del asesoramiento es la derivación para tratamiento ambulatorio a una institución especializada en el abordaje de los consumos problemáticos. En algunos casos dicha opción se combina con una derivación al equipo de salud mental del CEMAP (psicólogas y/o psiquiatra).

Los modos de gestionar dichas derivaciones han sufrido transformaciones a lo largo de los años. Cuando aún el CEMAP no existía (entre el 2012 y el 2014) y su coordinadora trabajaba ad honorem en el Área de Prevención de Adicciones dentro de la Secretaría de Desarrollo Social –SDSTeyD- ante las situaciones que recibía gestionaba entrevistas en la Asociación Civil Nazaret (o como se mencionaba en los registros en el “Centro de rehabilitación del Adicto”. Básicamente se derivaba a este lugar porque era la institución con la que tenían vínculo a partir de su experiencia personal en relación al abordaje de situaciones de consumo de sus hijos. Además en esos años dicha institución se había acercado a las escuelas de la ciudad de Pérez a brindar charlas de “prevención” por lo que era relativamente conocida para las personas. Durante parte del año 2015 el CEMAP no estuvo en funcionamiento, como mencionamos en otros apartados. En ese año, las situaciones que llegaron a las trabajadoras sociales de la Secretaría de Desarrollo Social –SDSTeyD también se derivaron en general a la misma institución y en algunos casos a la Red Únitas. Cuando vuelve a ponerse en funcionamiento el espacio en el 2016 se dedican especialmente al trabajo de prevención en escuelas, solo existe registro de una derivación a Nazareth. Desde el 2017 comienza a reemplazarse este lugar por el Hogar Padre Misericordioso, institución a la que la gestión de Sedronar (2015-2019) cedió las instalaciones de lo que fue la Casa Educativa Terapéutica (CET) ubicada en Granadero Baigorria. Además del convenio firmado a fines de 2016 entre la Sedronar y dicha Asociación, algunos municipios (entre ellos el de Pérez) realizaron convenios puntuales con este espacio para enviarles casos. Esto explica que haya sido la principal institución a la que se derivaron las situaciones durante ese año. El análisis de las fichas de admisión enviadas - que incluyen una entrevista con las profesionales de psicología del CMDS – da cuenta de la consideración de los problemas de consumo como enfermedad, señalando en general en dichos documentos que las personas “tienen conciencia de su enfermedad y de las consecuencias de la misma”. A su vez, en las dos altas de esta institución enviadas al CEMAP se explicita que se trata de un proceso de recuperación constante para el que se realizan ciertas recomendaciones terapéuticas, lo que da cuenta de que se consideran a los consumos problemáticos como una “enfermedad crónica”. Renoldi (2012) en su artículo¹⁶⁸, propone pensar el proceso de atención en el caso de los usuarios de drogas ilegales como un rito de pasaje entre la enfermedad y la salud. Este pasaje implicaría

¹⁶⁸ Este artículo es una reelaboración de otro artículo publicado en Cuadernos de Antropología Social Nº 13, bajo el nombre “Estar sano es persona: el caso de los usuarios de drogas en tratamiento”, por el Instituto de Antropología Social de la Universidad de Buenos Aires en 2001.

que un sujeto heterónomo (producto del control que sobre su vida ejercen las drogas) recupere su autonomía a través de la incorporación de una serie de valores ligados al concepto moderno de individuo como ideal. Es decir que a diferencia de las respuestas sanitarias a otro tipo de problemáticas, aquí no alcanza con el suministro de remedios adquiriendo el tratamiento un carácter moralizante fundamental¹⁶⁹.

Hacia fines de 2017 las derivaciones comienzan a gestionarse a través de la APRECOD y continúa de ese modo durante todo el 2018 y 2019. Es en este momento que ingresa la psicóloga al CEMAP (por el convenio de APRECOD con el municipio), posicionada de modo más explícito en la estrategia de reducción de daños. Este cambio de mirada respecto del tema se ve reflejado en las instituciones a las que intentan derivar las situaciones, especialmente la Asociación Civil Programa Andrés, a la Cooperativa Communitas y a Fundación SEDHA (Salud, Educación, Derechos Humanos y Ambiente) que abrió sus puertas a mediados de 2019. Sin embargo, pese a que la coordinadora del espacio dice acompañar este cambio de mirada, sigue añorando el cese del consumo y suele describir a estas dos instituciones en particular como “lights” en sus propuestas de abordaje.

A pesar de las preferencias del CEMAP, como señalan sus integrantes, en general, más allá de las instituciones que ellas consideran adecuadas, lo que termina definiendo es la disponibilidad de un lugar en relación a los convenios que genera APRECOD con las instituciones. Sobre esta cuestión y los criterios a la hora de elegir estos espacios la coordinadora del CEMAP nos señalaba:

E: Y ustedes, cuando eligen la institución... digamos, ¿cómo se hace? Porque por lo que vos me contás, cada caso es un mundo... digamos...

PE: Sí, lo elegimos por ese lado... A este pibe no le va a hacer bien tal lugar, aquel... ¿viste?

E: ¿Y qué ponen en juego ustedes de los lugares? ¿Qué es lo que parece que es lo importante como para definir un lugar?

PE: Y que el pibe lo pueda sostener... Porque si lo metés en una institución donde le hablan todo el día de dios, no sé... hasta dónde lo puede sostener... Qué sé yo, por ahí se engancha con el tema... y ya está... Muchos han venido diciendo que se salvaron... por eso... Pero... este... depende...

E: ¿Ah sí?

PE: Si es demasiado rígido, tampoco. Los pibes hoy... no... No se bancan una rigidez en conductas y en todo eso.

E: Y en cuanto a perspectivas del consumo, digamos, ¿cuál es la de ustedes? Digamos... si tuviéramos que pensar más en... no sé, prohibicionista, abstencionista...

¹⁶⁹ La autora aclara que con el término “moralizante” se refiere a criterios específicos que pueden dar cuenta de lo que está bien y de lo que está mal en determinado contexto o situación particular.

PE: No, no, no... Eso ya lo erradicamos hace rato. Nunca lo hemos logrado... Tampoco. No, no, no. No, es como te dije antes, se trabaja que el pibe se la pegue menos... (...)

PE: Y depende de la familia, y depende del pibe, buscamos la institución... Pero después APRECOD te dice: 'No, acá no hay lugar' 'Acá sí hay lugar'. ¿Me entendés? Es medio... Pero siempre pensamos... eh... Después de las primeras entrevistas y viendo cómo es la familia y cómo es el pibe... se piensa en qué institución... Sí.

Así existen algunas experiencias en las que “de ante mano” desde el CEMAP se da por supuesto que la persona no permanecerá que la persona no permanezca en ciertas instituciones por las características de las mismas. Nos relataba la coordinadora una experiencia, en este caso se trataba de un tratamiento con modalidad residencial (frente a un pedido expreso de internación por parte de un usuario “para cortar”):

PE: no conseguíamos ningún lugar... Que la verdad que... era difícil. Y el pobrecito entró en... En... Esperate... Es, es... Cristiano... En Crea¹⁷⁰ ... Era el único lugar que teníamos... Y bueno... fuimos nosotros con [la otra integrante del CEMAP]... Hablamos con la gente, un horror... Un horror...

E: ¿Por qué un horror?

PE: Y... bueno, duró una semana... A la semana...,

E: Pero que te parecía a vos el lugar...

PE: Fue...

E: ¿Qué viste?

PE: Pero, no... 'me hablan todo el día de dios, no me interesa, no, no quiero...'

El abordaje religioso de la problemática aparece aquí como uno de los obstáculos para la permanencia en la institución. De hecho, el derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso aparece contemplado dentro de los Derechos de las personas con padecimiento mental (Art. 7) establecidos por la LSM¹⁷¹.

También encontramos algunas situaciones en las que existieron demoras significativas para lograr las derivaciones y, cuando se consiguieron finalmente los lugares las personas manifestaron no estar interesadas ya en realizar el tratamiento.

¹⁷⁰ Se refiere a la fundación CREA, que establece como su visión “ser mucho más que una casa de paredes y muebles, sino un hogar que garantice el crecimiento integral de niñas en estado de vulnerabilidad y la restauración integral y reinserción en libertad, de adolescentes y adultos víctimas del flagelo de las adicciones” <https://fundacioncrea.com.ar/>.

¹⁷¹ Un relevamiento de instituciones que abordar los consumos problemáticos en la provincia de Santa Fe realizado por la APRECOD en 2018 indicaba la existencia de 83 instituciones de las cuales 48 son organizaciones religiosas, representando un 57,83% del total. Por otro lado, 35 de las 83 no profesan dichas creencias, representando un 42,17%.

En este sentido nos encontramos con un problema relacionado con la dimensión material de la accesibilidad: no siempre se encuentran garantizadas instituciones para el abordaje que demanda la problemática. En este sentido el municipio de Pérez depende de la disponibilidad de plazas que sostiene APRECOD con otras organizaciones. En nuestra investigación consultamos también por el vínculo del CEMAP con SEDRONAR dado que entendíamos que frente a estas situaciones donde no se cuenta con opciones desde APRECOD podía intentar gestionarse con este organismo, pero la respuesta fue que no existe vínculo alguno con SEDRONAR. Mencionaron que en estos años solo participaron en una reunión que en realidad fue convocada por APRECOD pero que era por un programa de Sedronar “Municipios en Acción”, por el que obtuvieron un subsidio de alrededor de \$30000. En relación a esta no vinculación con SEDRONAR quienes integran el CEMAP entienden que dichas articulaciones deberían ser gestionadas por la Secretaria de la que efectivamente dependen, es decir la de Desarrollo Social.

Lo cierto es que el “aporte” concreto del SEDRONAR al ámbito municipal, más allá de dicho subsidio (que no tienen certeza desde el CEMAP que se haya cobrado) se acota al pago de un “fondo estímulo” que reciben cuatro personas que integran el PEC (Punto de Encuentro) de dicho organismo en el Barrio Cabín 9, que ya mencionamos en capítulos anteriores.

Nos detenemos ahora en el análisis general sobre la adherencia de las personas a esta estrategia de derivación del CEMAP para pensarlas nuevamente en relación a las dimensiones propuestas. Es importante mencionar que en aquellos pocos casos en que las personas cuentan con cobertura de salud, lo que hacen desde el CEMAP es contactarse con la institución que consideran más adecuada y preguntarles si contemplan dicha obra social y/o prepaga. Cuando encuentran una que cubre la prestación ofrecen ese contacto a las personas para que vayan directamente, por lo que no existe un seguimiento como cuando dicha derivación se realiza a través de APRECOD.

En el resto de los casos, incluso más allá de que no intervenga este organismo, se suele realizar un seguimiento, dado que en general se abordan situaciones complejas, más allá de la problemática de consumo. En este sentido, salvo contadas excepciones en que se obtuvieron “altas” (en una de ellas la persona se acercó nuevamente al CEMAP luego de un año por una “recaída”) o se estableció la finalización de tratamiento, tanto los registros escritos, como la información proporcionada por las integrantes del CEMAP indican que en la mayoría de los casos no se continúan los tratamientos. Algunas veces directamente las personas no asisten a las entrevistas de admisión en dichas instituciones y en otras, comienzan a participar pero dejan de hacerlo rápidamente.

En estos casos, en las planillas de seguimiento que lleva el CEMAP se registra que dicha persona “no logra sostener las estrategias sugeridas” o “no sostiene las estrategias sugeridas”, cuestión que nos interesa

problematizar. Entendemos que este modo de enunciar la no continuidad o aceptación de lo que se propone desde este espacio pone el foco de la no continuidad en el usuario o usuaria. En este sentido, podríamos preguntarnos si no logra sostener las estrategias sugeridas, cuán pertinentes son dichas estrategias.

Entendemos que más allá de la propuesta concreta que ofrezcan dichas instituciones (es decir dejando de lado cuán cercana o distanciada se encuentre de las necesidades de las/os usuarias/os, cuestión que implicaría una investigación específica en cada una de ellas) el hecho de que todas se localicen en otra ciudad y que se trate de tratamiento ambulatorios (en los que es necesario asistir varias veces por semana) configura un obstáculo para garantizar el acercamiento y/o continuidad de las/os usuarios/as. Dicho obstáculo fue denominado por nosotras dentro de la dimensión material de la accesibilidad como aspecto geográfico o territorial. Si bien el CEMAP suele tramitar con la Secretaría de Hacienda el dinero para cargar la tarjeta de transporte, esto no soluciona el problema de la distancia. En relación a esta gestión del dinero, es importante considerar que el CEMAP no dispone de ningún tipo de recurso propio para, por ejemplo, realizar una recarga de una tarjeta sin que esto implique la elaboración de una carta y la “pelea” para conseguir efectivamente el dinero, cuestiones que resultan básicas.

Retornando la cuestión de la cercanía de los dispositivos en relación al domicilio de las personas, esta aparece como un aspecto relevante para garantizar la continuidad del abordaje y de hecho se encuentra explicitado en la LSM como uno de los principios a ser respetado por las políticas públicas en materia asistencial¹⁷². Entendemos a su vez que este aspecto geográfico o territorial de la accesibilidad no puede pensarse de modo escindido de otro que hace también a la dimensión material, referido a la inexistencia de instituciones especializadas en la ciudad de Pérez, más allá de que puede ser objeto de debate la configuración de dispositivos “especializados” en el abordaje de los consumos problemáticos.

Hay otro aspecto importante, que ya mencionamos en otros apartados vinculados a las dificultades específicas que suelen encontrar las mujeres (especialmente las mujeres con hijas/os) y las identidades de género no binarias para hacer tratamientos en estas instituciones. Aranda (2019), a partir del relevamiento realizado por la APRECOD en 2018¹⁷³ sobre las instituciones privadas que dan tratamiento por consumo problemático, señala que de las 83 instituciones (entre las que se incluyen comunidades terapéuticas, centros de día y residencias de todo tipo):

¹⁷² Aranda (2019) escribe sobre el DIAT de la ciudad de Rosario y señala que allí, la mayoría de las personas que llegan desde otros barrios derivados por distintas instituciones (en cuatro años de funcionamiento – al momento de publicación del libro– registraban la participación de 600 personas) no regresa al dispositivo luego de la primera semana. Quienes participan del dispositivo son mayoritariamente personas que viven en ese barrio o cerca de allí.

¹⁷³ Dicho relevamiento no fue publicado oficialmente, sino que la titular de la agencia dio a conocer datos a través de medios periodísticos.

un 27% no acepta mujeres. Solo 2 de cada 10 reciben mujeres si tienen hijos, y el 37% tampoco trata a las embarazadas. La situación de la población LGTBI no es mejor. Dos de cada tres espacios les abren las puertas, pero solo si aceptan que los llamen por el nombre del DNI con el que nacieron. (p.79 -80).

Además, en algunos casos que asesoraron en el CEMAP, las mujeres que tienen hijas/os temen pedir asistencia no solo por la mirada estigmatizante que recae sobre ellas sino porque una posibilidad es que sean separadas/os de ellas si asumen determinados consumos.

Derivaciones al equipo de salud mental del CMDS o del CDS Nro. 21

La derivación al equipo de salud mental (le llaman equipo de salud mental en el caso del CMDS o a salud mental cuando es del CDS Nro. 21) es la segunda opción más ofrecida dentro del espacio de asesoramiento del CEMAP, pero en general suele ser propuesta cuando la persona no comienza en la institución especializada pero sigue en contacto con el centro de asesoramiento. Son muy pocas las situaciones en que esto sucede.

En algunos de los asesoramientos realizados primero se propone un abordaje con este equipo y luego se deriva a una institución especializada. También existen algunos casos en que desde el comienzo se evalúa que no es necesaria dicho abordaje “especializado” y se propone únicamente un espacio de terapia. En general la derivación al psiquiatra está relacionada con la intención de las personas de dejar de consumir una sustancia y acompañar ese proceso con alguna medicación o cuando quienes entrevistan reconocen que más allá del problema de consumo puede haber una problemática específica de salud mental.

En el caso del CDS Nro. 21, como mencionamos en otros apartados, trabajan dos psicólogas, pero lo que tiene que ver con psiquiatría se manejan a través del equipo matricial. En este sentido, desde el CEMAP consideran como una dificultad el seguimiento por parte del psiquiatra de los casos de Cabín 9 que hace que algunos casos se traten con el profesional del CMDS. A su vez la disponibilidad de turnos de psicología también suele ser escasa por lo que en las situaciones en que se accede a realizar una terapia, es una opción que se haga en el CMDS aunque no es lo que consideran deseable, no solo por la gran demanda que existe para atención en psicología sino por la distancia que deben realizar las personas para asistir.

En relación a los posibles obstáculos que podemos encontrar en cuanto a esta prestación se vincula a la escasa disponibilidad de turnos fuera de lo que es el horario matutino (hasta las 14 hs aproximadamente), que coincide con la que señalamos en relación al CEMAP. A su vez el psiquiatra, como también dijimos, reparte sus horas con el efector de Zavalla, y solo atiende por la mañana dos días a la semana. En cuanto a la concentración de las prestaciones de psicología en el horario mencionado, esto genera que muchas veces se presenten inconvenientes en cuanto a la disponibilidad de espacio físico (en algunos directamente no hay y en

otros no se garantizan las condiciones la privacidad) para el desarrollo de las sesiones. Así en una entrevista con una de las psicólogas nos comentaba:

E: El consultorio lo tienen siempre garantizado?

PE: No... no... en eso hay... Lo que pasa es que en este momento hay muchos profesionales en el centro asistencial...

E: Ajá

PE: Y por ahí... superponemos los horarios... o... bueno... esas son cuestiones también nuestras...

E: Y ahí, qué, cómo se resuelve si eso pasa...?

PE: Esperamos... esperamos quince, veinte minutos... entramos... cambiamos de consultorio... y nos vamos... Hay consultorios por ejemplo que no pueden cederse, el de ginecología viene la ginecóloga y tiene que ocupar ese... o el de traumatología, o el de ecografía... o sea, tienen los aparatos, las herramientas necesarias, entonces por ahí, podemos ocupar ese hasta que llegue la ginecóloga, cambiemos de lugar... o sea, siempre nos vamos... vamos encontrando un hueco... eh... También tenemos que trabajar con esto... sabemos que es un lugar público, que... si bien no nos conformamos... pero sí... tratamos de acomodarnos a la situación porque... Y se ve esto de que hay buena predisposición... por ejemplo, hoy este consultorio estaba vacío, pero no funciona el calefactor... Entonces salió la secretaria a buscar un... una estufa para ponerme, sino yo tenía que terminar en vacunatorio...

E: Y has atendido ahí? En el...

PE: He atendido ahí... sí... pero bueno, esa es... no lo veo como algo... que critico... Hay buena intención, o sea tratamos de ir acomodándonos en donde... vamos pudiendo porque también somos responsables de, de no tomar los horarios quizá en que estén desocupados los consultorios, todos queremos venir a la mañana... entonces bueno, es ir acomodándose...

E: Y eso, a la tarde hay atención de psicología?

PE: No... no... estamos todos por la mañana, las tres por la mañana...

E: Ajá...

PE: Te hablé de nosotras tres...

E: Sí, sí, está bien...

PE: La chica de género no sé...

E: O sea, si alguien quiere turno tarde...eh... tiene que ir más al campo privado, ponele, si quiere conseguir turno...

PE: O al público en Rosario...

E: Ah, en Rosario... Hay gente que se analiza, va qué hace allá...?

PE: Sí... la paciente tiene alguna dificultad en tener algún... en tener el turno acá, o en el horario, o en la profesional, o sea lo que sea... el cen... el director se ocupa de hacer la derivación a o un hospital, o algún servicio público de salud en algún otro lugar...

Del diálogo anterior, nos interesa considerar por un lado, esta idea de que si bien no es algo que ellas critican, especialmente porque se consideran responsables por el horario en que dan los turnos, sí debe tenerse en cuenta como un posible obstáculo en relación a la continuidad de las personas en los espacios.

A su vez, esta limitación edilicia, que podría considerarse desde la dimensión material de la accesibilidad (la no disponibilidad de espacio físico para el cumplimiento efectivo de las horas de las/os profesionales en el CMDS), entendemos que tiene que ver fundamentalmente con la dimensión organizacional y la falta de coordinación de las tareas de las/os profesionales por quienes gestionan el servicio. Se evidencia nuevamente hasta qué punto opera el autogobierno de las trabajadoras cuando los lineamientos básicos no son establecidos por quienes coordinan el espacio. Esto termina repercutiendo en las chances de obtener respuesta, porque existen profesionales que podrían garantizar las atenciones hasta el horario de cierre de los consultorios a las 18 hs. Sin embargo si surge esa demanda, se deriva a otra ciudad con los condicionamientos que ya analizamos en relación a otros servicios.

Consideramos necesario señalar, como mencionamos en otros apartados, que las prestaciones de salud mental han mejorado significativamente en el CMDS desde el año 2017. En el momento en que hicimos nuestra investigación en 2014 y hasta el año mencionado no se contaba con psiquiatra y había dos psicólogas. La trabajadora social menciona que en realidad era “una psicóloga y media” ya que una de ellas destinaba parte de sus horas en otra dependencia municipal (menos que la cantidad que destina actualmente pero no estaba exclusivamente en el CMDS) y la otra psicóloga vivía en otra ciudad y asistía al centro solo dos veces por semana. Como nos señalaba el Secretario de salud en una entrevista:

PE: en un momento nos vimos totalmente desbordados en lo que es salud mental... el resto de las áreas más o menos las podemos manejar, pero salud mental era, teníamos una demora de un mes y medio, dos meses para darle un turno, entendés...

La trabajadora social, que desde mayo del 2020 es la Coordinadora de este equipo, también señalaba que en el 2017 cuando comienza a trabajar en el centro de salud, había 76 personas en lista de espera para psicología.

El armado de este equipo interdisciplinario de salud mental, que es el único grupo de profesionales del CMDS que sostiene reuniones mensuales, comienza a construirse a partir de la incorporación del psiquiatra (que trabajaba en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”) y del pase de las psicólogas a la planta

provincial. Allí la Dirección Provincial de Salud Mental, como ya mencionamos en el segundo capítulo, tuvo un rol fundamental puesto que fue la que generó estas instancias de reunión a través de un equipo de referencia (integrado por una psicóloga y una trabajadora social) que acompañó el traslado del psiquiatra y de las situaciones que se abordaban en la institución de la ciudad de Rosario y pasaron a trabajarse desde el CMDS.

Nos parece importante considerar además, en lo que hace específicamente al abordaje de los consumos problemáticos de sustancias, que desde este equipo se le da prioridad a las solicitudes de atención que realiza el CEMAP. Sin embargo han existido ocasiones en que aparecen algunas dificultades para garantizar un turno, porque existe una demanda excesiva.

Ofrecimiento de participación en la sala de estar

La “Sala de estar” suele ser la opción que se ofrece cuando las anteriores, sea la derivación a una institución especializada o la de un espacio de terapia no han resultado como opción de tratamiento. Aunque existen algunos casos en que las personas estaban realizando consultas con las psicólogas y/o el psiquiatra en el CMDS y luego comenzaron a participar del espacio, no resulta “casi nunca” una primera opción deseable para el CEMAP. La sala de estar surge, como sostienen quienes lo coordinan, “espontáneamente” es decir que no fue un dispositivo diseñado o planificado y quien “lo funda” con su participación es una persona que había recibido internaciones previas en un hospital general y en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” y que ya no estaba dispuesto a realizar otros tratamientos. Es decir que aparece como una alternativa para tratar una problemática de consumo combinada con un diagnóstico de salud mental. Esta persona comenzó a acercarse con fluidez al espacio del CEMAP y luego se fueron sumando otras (son alrededor de diez las/los que participan de modo intermitente) con trayectorias diversas, en algunos casos sin la explicitación de ningún padecimiento¹⁷⁴. Ante estos acercamientos, el equipo de salud mental y el CEMAP comenzaron a pensar que quizás era una buena opción contar con un espacio que alojara a aquellas personas que tenían ciertas problemáticas (especialmente de consumo y de salud mental) y que no “mostraban intenciones” de realizar un tratamiento. En ese sentido, aunque en algunas instancias consideren que ese espacio puede pensarse en sí como parte de un trayecto terapéutico, también se apuesta a que la participación en la sala de estar conduzca a un tratamiento específico posterior, es decir que genere las condiciones para hacerlo. Así una de las personas que coordinan la sala señalaban:

¹⁷⁴ En una entrevista con la trabajadora social, hoy coordinadora del Equipo de Salud Mental nos señalaba:

E: Y las tareas acá... del, del centro tienen... o sea... la sala de estar como que depende del centro...?

PE: Sí... la sala de... sí... la sala de estar... es... un dispositivo... en salud mental... que compartimos lo mismo...

E: Claro.

PE: Con consumo problemático, porque... lo que pasa es que la sala de estar no tiene... no tiene una definición de... quiénes pueden participar y quiénes no... vamos viendo...

PE: empezamos como a intentar que ese espacio fuera el inicio de un trabajo singular, muy singular, con cada uno... muy... muy ligado a lo que también... cada uno estaba dispuesto, y cada una... estaba dispuesto a... abrir... porque... cada uno de los usuarios y las usuarias... abrían en momentos diferentes... situaciones diferentes, con otros nos ha costado meses... que nos contara si quiera... dónde vivía ... entonces... todas cuestiones así que... nos hacían como equipo replantearnos permanentemente... tener discusiones bastante interesantes entre nosotros... de posicionamientos, de bueno, por dónde... de modos de intervención... lo que sí teníamos claro era... un espacio que... nos habilitaba a nosotros... y habilitaba... a los usuarios y a las usuarias... a encontrarnos... y... a... a partir de ahí, ver qué se generaba... y seguimos sos... o sea, seguimos en esto... (Registros de campo, 2019).

La lectura de distintas experiencias sobre dispositivos para el abordaje de consumos problemáticos nos permitió reconocer algunas similitudes entre este espacio y los mencionados en dichos escritos, pese a que dicha referencia no se haya enunciado por parte de quienes lo coordinan. Se trata de lo que Benedetti (2017), una de las impulsoras de este tipo de dispositivos, define como “estrategia de anudamiento en nivel primario”, dispositivo de “anudamiento primario” o de umbral mínimo de requerimiento¹⁷⁵. Así encontramos una de esas experiencias dentro del espacio La Estación en la ciudad de Rosario¹⁷⁶ y otra, conocida como “Casa Amigable de Zavaleta”¹⁷⁷, dispositivo territorial del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

Estos “nuevos espacios” parten de la idea de que es necesario repensar la temporalidad y la espacialidad de los tratamientos como un imperativo de época. En este sentido Benedetti (2017) señala que:

¹⁷⁵ De acuerdo a Bendetti (2017) “Por “umbral mínimo de requerimientos” se entiende: que alguien pueda venir, quedarse a dormir, al otro día irse y al otro día volver, sin horarios preestablecidos”.

¹⁷⁶ El referente del Espacio de la Estación lo comentaba en una entrevista que le realizó XXXX (2020) en el marco de su investigación:

PE: hemos construido un dispositivo, que lo estamos repensando mucho, que se llama anudamiento primario. Edith Benedetti que es la que nos llevó a todo estos problemas, (risas), es lo que ella llama..., no lo trae ella al concepto, pero ella lo replica, con esta idea de dispositivo de umbral mínimo de requerimiento ..., entonces en ese marco le llamamos anudamiento primario y que son dispositivos que debe trabajar con aquellas personas más desafiadas de todo, más desarrapada, más ..., porque vos no le podés decir, siendo viernes..., ‘vení el martes a las 9hs’...o sea, en general son situaciones que vos tenés que hacer acuerdos a muy corto plazo, tenés que referenciar..., aparece mucho lo asistencial desde la urgencia..., lo alimentario, la ducha..., decirle bueno, ‘hoy tirate, quedate, dormí’..., son de las situaciones ..., digamos un poco la estrategia clínica ahí es construir las condiciones clínicas para pensar en un tratamiento en algún momento ..., yo igual pensando que es un dispositivo para empezar a pensar un tratamiento ..., no es que todo lo que hacemos allí es por fuera de un tratamiento ..., nosotros creemos que es tratamiento ..., pero bueno, está en el marco de una estrategia de ir ‘hacia’..., es donde no hoy las posibilidades de sentar a la persona en un consultorio..., ‘¿contame que te pasa?’..., no!...

¹⁷⁷ Durante la intervención de O’Donnell en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” esta casa pasó a denominarse Centro de Salud Mental Comunitaria, aunque siguió siendo considerado como uno de los dispositivos territoriales de dicha institución.

En el caso de personas con consumo problemático de sustancias, forma parte de la intervención salir a buscarlos porque es muy probable que nunca lleguen. El salir a buscar, cuando trabajamos en centros de primer nivel de atención, implica otra comprensión de la intervención que nos obliga a repensarnos y a inventar dispositivos de umbral mínimo de requerimiento que posibiliten producir lazo social y movimientos en la posición subjetiva, anudar aquello que se encuentra absolutamente desanudado, construyendo nuevos sentidos, resinificando espacios y construyendo nuevas nociones temporales que posibiliten la construcción de la demanda (...) Lejos de convertirnos en detectores de problemáticas, o categorizadores de estigmas e itinerarios personales, se trata de multiplicar las posibilidades de producir un movimiento en la posición subjetiva que posibilite el inicio de un tratamiento. (Benedetti, 2017, p).

En este sentido, es interesante pensar que una característica de los dos espacios mencionados (Dispositivo de La Estación y la Casa Amiga Zavaleta) es que se ubican fuera de los efectores de salud, y en el caso del de Buenos Aires se apuesta a poder atraer a usuarias/os que no quieren acercarse a las instituciones de salud, mientras que en el caso de la Sala de Estar, aunque en ese “arriba” que constituye el CEMAP, funciona en las instalaciones del CMDS.

En relación al modo en que este espacio es valorado por quienes lo llevan adelante, encontramos posiciones bastante divergentes: mientras que algunas personas lo señalan como una experiencia “maravillosa” otras entienden que si bien tiene potencia, le faltan muchos recursos para desarrollarse y prefieren que realmente la Sala Estar sea la última opción cuando otras estrategias no funcionan. En realidad, la idea de que le faltan recursos es compartida por todas las personas que integran el espacio, pero no así la consideración de si es recomendable o no como lugar para algunas personas que llegaron al CEMAP en busca de asesoramiento.

Una cuestión que aparece permanentemente, no solo en relación a la Sala de estar sino en todo el trabajo que realizan desde el CEMAP y el equipo de salud mental, es la idea de lo artesanal del abordaje, referencia que también encontramos en Benedetti (2017). Esta idea de que es imperioso “cambiar el modelo de las prestaciones uniformes por aquél de las intervenciones según las necesidades, requiere de nuestra creatividad, del trabajo artesanal (...) [para] atender la singularidad y el particular vínculo que el sujeto establece con el consumo” (Benedetti, 2017, p).

Nos parece muy importante poder reconocer la diferencia entre “lo artesanal”, como aquello que no es estandarizado, que tiene en cuenta las particularidades de cada caso, que ofrece múltiples alternativas, de lo que nosotras llamamos “el malabarismo en la precariedad”, y refiere a algo que encontramos habitualmente en las intervenciones del CEMAP. Así, la particularidad que suele tener un abordaje integral y singular es que

necesita muchísimos recursos más que uno que piensa las prestaciones con carácter homogéneo. De este modo, encontramos que en general sostener que un abordaje es “artesanal”, más que hablarnos de un despliegue de ofertas, esconde o invisibiliza la falta de recursos por parte del Estado para ciertas políticas públicas. Igualmente esta situación, no es desconocida por quienes trabajan en el sostenimiento de este dispositivo:

PE: Si... a veces... se dej... yo por ejemplo, muchas veces me veo... me doy cuenta q... hasta le agarr...o sea, después de estar 20 años... hasta le agarras cancha y no... y dejas de ser crítica...

E: Mjm

PE: En algunas cosas... porque... yo... que se yo... [una profesional del equipo de salud mental]... que vino hace poco, la otra vez nos decía 'no puede ser... no puede ser... que todas las sillas vos las arrastres estén en mal estado'.... y yo y yo y yo digo... las sillas no las miro más... y está ma... o sea, no digo, esta.... o sea... me acostumbre... que está mal... pero bueno... son cosas que... que... a veces te sobrepasan...

E: Mjm

PE: O pelear todo... nosotros ahora por ejemplo ahora nos pusimos así... muy firmes... la sala de estar necesita tales recursos... nosotros... hemos comprado... hemos garantizado nosotros el desayuno de los pibes.... mucho tiempo...

E: Ustedes así a título personal?

PE: Si, poniendo plata y yendo a comprar los bizcochos...

E: Mjm.

PE: La... la yerba... el azúcar... hasta que dijimos 'no, para'... así no vamos... o sea... cuánto... cuánto lo podemos sostener?

Más allá de estas improvisaciones, criterios no resueltos que denotan una falta de diseño terapéutico en su armado estratégico, combinado con una notoria carencia de recursos para el sostenimiento del espacio, suele ser la única propuesta del CEMAP que en definitiva más se acerca a la idea de un “abordaje comunitario” (con escasos recursos). Porque desde allí se crean algunos circuitos de participación en otros proyectos e instituciones de la ciudad, se intentan gestionar subsidios para emprendimientos, generar algunas capacitaciones, inscripción en programas que se desarrollan en algunas organizaciones de la sociedad civil, entre otras opciones. Sin embargo, esta premisa contenida en la propuesta de Benedetti, de “buscar a quienes por sí mismos no llegan” no es parte de la propuesta de Sala de Estar ni de las estrategias que actualmente desarrolla el CEMAP. Este espacio es el que se le ofrece a aquel/ o aquella que de alguna forma ha demandado

“algo”, se ha acercado a la institución, aunque no tuviera que ver con una problemática de consumo o de salud manifestada por la propia persona.

“Otras intervenciones”: distintas alternativas que han propuesto ante las situaciones que recibieron.

Existen algunas situaciones en particular, consideradas por el CEMAP como sumamente complejas, frente a las que tanto del CEMAP como del Equipo de salud mental han realizado diversas estrategias y gestiones. Se trata en general de intentar una combinación de todas las ofertas que mencionamos anteriormente. Y en lo que refiere a instituciones especializadas, se ha “probado” con varias de ellas, bajo la premisa de que la persona “logre sostener el tratamiento en ellas”. Además en general se intenta la articulación con distintas instituciones con las que la persona se ha relacionado o continua relacionándose (instituciones educativas, organizaciones de la sociedad civil e incluso iglesias). El abordaje y seguimiento de estos casos, demanda una disponibilidad de recursos, especialmente humanos, que no están garantizados.

En otras oportunidades, como extremo opuesto a estas situaciones, cuando consideran que el problema de consumo por el que vienen a consultar especialmente las madres es leve o incluso puede no ser tal, se intenta la inscripción en algún programa- municipal o provincial- y como definen en los registros “Se sugiere la posibilidad de iniciar cursos de capacitación y vinculación con espacios sociales saludables”, aunque no exista un seguimiento específico de esos casos, para evaluar si efectivamente se suman a esas iniciativas.

Consideraciones finales

Señalábamos al iniciar este escrito una serie de motivaciones que nos llevaron a detener nuestra mirada en los servicios de salud públicos existentes para abordar los usos problemáticos de sustancias. Decíamos que como resultado del trabajo de distintos actores del campo de la salud mental, en la década pasada se sancionaron algunas normativas que propusieron un enfoque basado en los principios de la atención primaria de la salud y un modelo de intervención socio-comunitaria para el abordaje de dicha problemática. Se planteó la necesidad de sustituir las posiciones tutelares que habían caracterizado las intervenciones anteriores y otorgar a las personas con padecimientos mentales una serie de derechos y garantías. En el caso específicamente de los consumos de sustancias implicaba desplazarlo también de la esfera de la seguridad o lo punitivo, dado que las respuestas en materia de asistencia para las/os usuarias/os de estupefacientes se desarrollaran en sintonía con la aplicación de las medidas de seguridad de la Ley penal.

La LSM junto a otras normativas y políticas asociadas propusieron un corrimiento significativo en relación al modo de pensar a quienes usan sustancias y pueden atravesar situaciones de consumo problemático. Corrimiento tanto de la consideración de las/os usuarias/os como “delincuentes” (pese a que la Ley de estupefacientes sigue penalizando a las/os usuarios/as de sustancias ilegalizadas) así como de la figura de “enfermos/as” especialmente cuando la noción de enfermedad se vinculaba a una incapacidad de decidir sobre su propia vida. En contraste con estas imágenes de sujetos desdibujados, la LSM afirma que se debe presumir la capacidad, lo que no implica pensarnos como sujetos absolutamente autónomos y “libres” de condicionamientos.

Considerando este contexto general¹⁷⁸ y el tiempo transcurrido desde aquellas sanciones, nos interesaba puntualmente conocer la configuración de los servicios de salud públicos en relación a esta problemática, poniendo el foco en la accesibilidad de los mismos para las/os usuarias/os. Este interés deriva del espíritu de la LSM tendiente a facilitar el uso de los servicios de salud públicos. Es decir poder hacer un balance de hasta dónde las pretensiones o propuestas de dicha Ley llegaban a las/os involucradas/os; o mejor dicho hasta dónde las propuestas contenidas en estas modificaciones se encarnaban en los puntos más distales del sistema de salud y en quienes las llevan adelante. Se trataba de indagar el “estado de situación” en relación con esa premisa que mencionamos al inicio del escrito: el sector salud no solo debía “recibir” esa demanda sino que debía gestionar una respuesta activa, eficaz e intersectorial para las situaciones de consumo problemático de sustancias (Pawlowicz et al., 2011).

¹⁷⁸ Dicho contexto estuvo caracterizado por la disputa entre múltiples actores, posiciones e intereses en relación a esta problemática, que pujan por orientar las políticas públicas en sentidos divergentes. También los cambios en las gestiones de gobierno en las distintas jurisdicciones, especialmente a nivel nacional, complejizaron el escenario.

Distintas cuestiones confluyeron para que eligiéramos realizar nuestro estudio en la ciudad de Pérez y definir como unidad de análisis el CMDS y CEMAP, aunque la fundamental refiere a nuestra experiencia previa de investigación allí en el año 2014. Además de capitalizar el recorrido ya logrado a partir de ese trabajo, reconocimos ciertos aspectos que demandaban una profundización del análisis, que excedía los objetivos de dicho estudio. En ese momento, los servicios de salud públicos municipal solo asistían las situaciones de crisis por consumos que llegaban a la guardia pero no consideraban desde la gestión de salud, que el efector municipal debiera responder a estas demandas de atención. Por otra parte, el relevamiento de las acciones de prevención y asistencia desarrolladas en la ciudad, en forma previa a la creación del Centro de Asesoramiento y Prevención de las adicciones hacía visible que, pese a su heterogeneidad en cuanto a la mirada del consumo problemático, en todas ellas frente a una problemática de este tipo se recomendaba (o se realizaba la derivación) a una institución especializada de la ciudad de Rosario. Y finalmente el estudio realizado junto al OAD indicaba que si bien en algunos casos los servicios de salud públicos locales (tanto el de dependencia municipal como el provincial) eran considerados una opción para el abordaje de esta problemática, se presentaban opciones mucho más elegidas, entre ellas las iglesias y templos evangélicos. Ese conjunto de situaciones hacía interesante analizar qué sucedía dentro de estos efectores públicos (el CMDS Y CDS Nro. 21), estudiarlos específicamente.

A su vez durante los años que trascurrieron entre la finalización de nuestra etapa de investigación en 2014 y los inicios de esta nueva, en 2018, mantuvimos contactos laborales con el personal del CEMAP. De ese modo, aún sin saber con exactitud si íbamos a realizar la tesis allí, nos comentaban que existían “vientos de cambio” relacionados a la gestión municipal que asumió a fines del 2015, pero especialmente al Secretario de Salud que se incorporó como funcionario municipal en el 2016. Estos “cambios” nos hablaban de un equipo de salud mental que se estaba formando cuando antes solo había “una psicóloga y media” (Registros de campo, 2019), de un dispositivo nuevo llamado Sala de Estar, de diplomaturas realizadas vinculadas a la LSM, entre otras iniciativas que llevaron a estas personas a afirmarnos (pese a algunos claroscuros), al inicio de nuestro trabajo de campo, que lo que nos íbamos a encontrar no tenía “nada que ver con lo de antes [refiriéndose a los primeros pasos del CEMAP], ahora tenemos un equipo hermoso” nos comentaron (Registros de campo, 2019). De este modo, más que pensar en un “antes y un después de la LSM”, apareció nuestra inquietud por conocer – en clave de análisis de políticas públicas- cuatro años más tarde ese “después” de aquella intensa experiencia de investigación en 2014.

Con este escenario iniciamos el proceso de investigación en el CMDS y en el CEMAP. El enfoque antropológico aplicado al análisis de las políticas públicas, nos permitió llegar a las interacciones “cara a cara”, como aspecto más micro de la ejecución de una política, la política “en acto”. Nos propusimos reconocer los

logros y los límites de dichas políticas a partir de la posibilidad de llegar efectivamente a la población a la que está dirigida. En este sentido tomamos la accesibilidad como un analizador de las políticas de salud e hicimos hincapié en el análisis de los procesos de atención para reconocer la existencia de facilitadores y obstáculos o barreras que pudieran condicionar – positiva o negativamente- el acceso y uso de dichos servicios.

Abordamos la accesibilidad como analizador a partir de la propuesta de flujograma de Merhy (2016) que permite considerar los procesos de atención en sus diferentes momentos - entrada, recepción, decisión, menú de ofertas y salida¹⁷⁹- y analizamos estas etapas y lugares en relación a las dimensiones de la accesibilidad que definimos previamente. Nos referimos a la dimensión material – con el aspecto geográfico o territorial y el aspecto económico- la simbólica, – con el aspecto de la configuración espacial y el ligado a lo vincular-, y la dimensión organizacional. De ese modo ubicamos distintos elementos que caracterizábamos como barreras para el acceso y/o uso de los servicios y otros que consideramos como potencialmente obstaculizadores, que desarrollamos detalladamente en el capítulo anterior.

La propuesta de tratamiento del problema de investigación que hemos realizado en este trabajo, es decir, la perspectiva metodológica elegida, hizo posible una forma de análisis de las políticas y la gestión pública que permite alcanzar el punto más distal de las políticas, esos puntos del afrontamiento micropolítico en que las gestiones toman cuerpo. Hemos desplegado en el último capítulo una analítica desagregada. En estas consideraciones finales producimos una distancia necesaria de dicha lógica en la que resulte posible captar las figuras compuestas como en una momentánea totalización. Esta síntesis por un lado articula las relaciones que se establecen entre los distintos obstáculos, y por otro, da cuenta del modo en que las dimensiones que planteamos se ponen en juego, ya no en cada momento sino en el conjunto de los procesos.

Como hemos adelantado en el análisis previo, la dimensión organizacional resulta central en la configuración de ciertas imposibilidades o límites de las propuestas de las políticas, tal como fueron pensadas en las LSM y normativas vinculadas. Uno de los interrogantes que mencionamos en el desagregado de la pregunta general de investigación refería a los aspectos organizacionales más relevantes de los servicios de salud elegidos que pueden condicionar la accesibilidad de las/os usuarias/os al mismo; y de qué modo se produciría dicho condicionamiento.

En relación a lo que sucede dentro de los servicios de salud estudiados¹⁸⁰, los procesos de trabajo aparecen como respuestas a situaciones contingentes y no como resultado de una planificación; a su vez encontramos un déficit en la conformación del equipo de salud. Las/os trabajadoras/es al no contar con un

¹⁷⁹ Aunque no presentamos un orden “estricto” en relación al flujograma.

¹⁸⁰ Recordamos que bajo esta dimensión relevamos cuestiones que tienen que ver lo que sucede tanto “adentro” (en la micropolítica del proceso de trabajo) como “afuera” (especialmente las articulaciones -o desarticulaciones- entre los distintos efectores y niveles de atención) de los servicios de salud que estudiamos.

proceso de trabajo ordenado y una formación específica para la tarea a desempeñar amplían el margen de discrecionalidad y terminan por condicionar el acceso a la salud como un derecho. Así nos encontramos con diversas situaciones¹⁸¹ que exponen improvisaciones, atomizaciones, inexistencia de vínculos o coordinación entre personas que intervienen en los mismos procesos de atención, confusiones respecto a las tareas que implica un puesto, exceso de autonomía para definir un amplio abanico de cuestiones (desde horarios de trabajo, mecanismos para dar turnos, realizar o no historias clínicas), etc. Situaciones que repercuten en las posibilidades de las/os usuarias/os de hacer valer sus derechos, pero sobre todo de encontrar un tipo de respuesta efectiva a sus problemas.

En cuanto a la planificación de los procesos, no se han definido los posibles circuitos de atención ni protocolizado modos de funcionamiento, que reduzcan los “grises” en relación a las funciones y responsabilidades de cada puesto¹⁸². Muchas de las “no definiciones preestablecidas” suelen justificarse planteándose que se trata de un modo de contemplar las singularidades, pero en la práctica habilitan enormes discrecionalidades que repercuten negativamente no sólo en la accesibilidad de las/os usuarios/as sino además en las posibilidades de sostenimiento de los tratamientos. Esto a su vez tampoco permite una mejor utilización del recurso disponible, dado que se pierde tiempo de trabajo calificado por la falta de coordinación. Situación que se potencia ante la ausencia de planificación en la configuración del espacio (que analizamos como parte de la dimensión simbólica). En este plano, se condiciona también la autonomía de las/os usuarios/as a la hora de recorrer las instalaciones. Un ordenamiento de los circuitos posibles de atención desde la perspectiva de quienes usan los servicios permitiría una re-funcionalización del mismo pese a los condicionamientos o limitaciones edilicias.

En nuestro estudio partíamos de la consideración de que a pesar de las normas externas o protocolos, quienes finalmente concretan el modelo tecnoasistencial son las/os trabajadoras de la salud a partir de su micropolítica en el proceso productivo y del ejercicio de sus decisiones en acto; más allá de lo que indique “la norma externa” (Merhy, 2016). Cambiar procesos de atención implica intervenir en su micropolítica, y esto

¹⁸¹ El CEMAP desconoce los modos en que se realiza la atención en la guardia, el rol del personal policial, el personal administrativo no siempre tiene en claro en qué casos derivar al CEMAP, la mesa de entrada principal no conoce el modo en que se tramitan los turnos “adelante”, y la mesa de entrada “secundaria o de la Secretaría” afirma “no haber entendido nunca los mecanismos de turnos de la mesa de entrada principal”, el personal administrativo quizás tiene que evaluar, si la persona tiene obra social de qué tipo es, para definir si se puede realizar la atención o no, aunque podría ser la trabajadora quien “acredite la imposibilidad” y habilite la atención, aunque pueda ser que no sea consultada, incluso puede pedírsele a quien recibe las demandas que advierta si una persona que quiere atenderse en gay, trans, tiene VIH o es usuaria/o de sustancias para evitar derivarla a un/a profesional que la discrimine.

¹⁸² Como se señala en la Carta Iberoamericana de La Función Pública (1ra. Asamblea 2006 - Documento N° 1) “La organización del trabajo requiere instrumentos de gestión de recursos humanos destinados a definir las características y condiciones de ejercicio de las tareas (descripción de los puestos de trabajo), así como los requisitos de idoneidad de las personas llamadas a desempeñarlas (perfiles de competencias).” p. 8, instrumentos con los que no se cuenta en el CMDS.

trasciende a lo que se sostenga como “el deber ser” institucional. Es decir que un modelo de atención que priorice a las/os usuarias/os no requiere solo que los procesos se encuentren ordenados en su planificación, con tareas y responsabilidades definidas, sino también que, quienes las lleven a cabo, consideren que el fin último del servicio es resolver las demandas de atención de las/os usuarias/os produciendo cuidado¹⁸³.

Es necesario considerar el otro aspecto que señalamos, aquel vinculado al déficit en la conformación del equipo de salud¹⁸⁴. No existen en los servicios estudiados, pese a los insistentes pedidos de algunas/os trabajadoras/es, instancias sistemáticas (ni esporádicas) donde quienes integran el “equipo de salud” puedan y/o deban encontrarse, discutir los problemas concretos que encuentran en la atención, capacitarse y ampliar sus miradas sobre las problemáticas y finalmente coordinar sus tareas. Una cuestión que nos preguntamos es hasta qué punto quienes deben tomar las decisiones poseen la experticia para realizar dicha planificación. En este sentido, del análisis de los procesos de atención se desprende que la figura de Coordinación o Dirección del CMDS se encuentra desdibujada y todas las referencias, pedidos e interacciones de las/os trabajadoras/es refieren al Secretario de Salud. La falencia en cuanto a la capacidad “técnica” es señalada por algunas/os trabajadoras/es que han propuesto solicitar asesoramiento de expertas/os externas a la organización especializadas/os en la planificación de los servicios de salud (tanto en la ciudad de Rosario como a nivel provincial, en las gestiones socialistas). Constituye una excepción a este desdibujamiento del equipo de salud del CMDS, el modo de funcionamiento de las/os trabajadoras/es de “salud mental” (incluyendo al CEMAP) que lograron conformar un equipo (guiados por la Dirección Provincial de Salud Mental) que sostiene un espacio de reunión mensual y que de hecho es presentado por el Secretario como “un faro”, un “hacia dónde queremos ir” (Registros de campo, 2019).

En la resistencia para concretar las reuniones generales de equipo (donde se antepone como impedimento la dificultad para coincidir) encontramos una de las formas de expresión de una lógica que también aparece en las interacciones con las/os usuarias/os. Una lógica que tiene que ver con el modo de administrar los conflictos, donde “se va viendo y resolviendo a medida que los problemas surgen”, aunque en realidad su resolución es precaria o no sucede, se va postergando o “tapando”. En este sentido existe la idea de que si en dichas instancias pueden exponerse ciertas debilidades estructurales de funcionamiento, demandas de las/os trabajadoras/es no resueltas, es preferible evitarlas.

Existe una última cuestión que cabe subrayar en relación a lo organizacional, que no limita al CMDS sino a la gestión municipal, donde nuevamente abundan las improvisaciones y decisiones precarias. Nos

¹⁸³ Señalamos en el capítulo anterior que para Merhy “un cambio de carácter estructural y duradero de los procesos de trabajo requiere la producción de una nueva subjetividad del trabajador”.

¹⁸⁴ Del análisis de los procesos de atención también se desprende que la figura de Coordinación o Dirección del CMDS se encuentra desdibujada y todas las referencias, pedidos e interacciones de las/os trabajadoras/es refieren al Secretario de Salud.

referimos a las complicaciones que emergen de la dependencia “formal” del CEMAP de la Secretaría de Desarrollo Social y que en los “hechos” funcione como una prestación del propio CMDS y quienes lo integran identifiquen al Secretario de Salud como su referente para la resolución de problemas cotidianos. En cuanto a lo formal se expresa fundamentalmente en la idea de “rendir cuentas” a la Secretaría de Desarrollo con el envío de algunos informes de lo realizado, y a su vez, ante lo que no se gestiona o no se conoce (vínculos con SEDRONAR, relación del municipio con el PEC de Cabín, etc.) se “responsabiliza” a la funcionaria de dicho espacio.

En relación al “afuera” de los servicios estudiados, encontramos a lo largo del análisis algunos condicionantes que tienen que ver con la oferta de servicios de salud en la ciudad, tanto pública como privada y otros con las articulaciones entre los efectores que existen en circunscripciones aledañas. Es decir que se vinculan aspectos de lo que consideramos dentro de la dimensión organizacional y otros que se relacionan con la dimensión material¹⁸⁵, en este caso no solo limitado al interior de los servicios analizados. Algunos estudios partían de la idea de que si existía un servicio y no se podía acceder, entonces había una barrera de accesibilidad. Sin embargo en nuestra investigación analizamos los obstáculos para acceder a lo que existe pero también consideramos las prestaciones que no se garantizan y que influyen en el tipo de respuesta que se ofrece.

Decíamos en el tercer capítulo, que los subsistemas privado y de obras sociales no cubren la oferta necesaria para sus afiliadas/os, ciertas prestaciones de salud se brindan únicamente desde lo público o directamente no están disponibles, lo que aumenta la demanda de prestaciones del CMDS. En cuanto a las que no se ofrecen nos referimos a la inexistencia – pese a intentos de gestionarlos- de efectores de segundo nivel de complejidad, a los que se agrega también las dificultades en la articulación del propio subsector público. En este sentido, el efector provincial presenta dificultades a la hora de garantizar las atenciones y el municipio absorbe parte de esa demanda. Al mismo tiempo la gestión municipal encuentra limitada la posibilidad de intervenir en el modo en que este centro funciona, porque depende de otra jurisdicción. En relación a las articulaciones con los efectores de la localidad de Rosario, especialmente con los hospitales generales, como analizamos en el capítulo anterior, también se evidencia que no existen acuerdos generados sobre condiciones para la derivación. El abordaje de cada situación supone toda una gestión de llamados telefónicos, de reuniones, de insistencias. No existe un proceso aceptado, como sí ocurre en general (más allá de la disponibilidad de plazas en las instituciones elegidas) en relación a la gestión de derivaciones a través de APRECOD desde el CEMAP.

¹⁸⁵ Recordamos que en dicha dimensión incluíamos la disponibilidad (o carencia) de recursos materiales (insumos, condiciones edilicias) y humanos (no solo reparamos en la cantidad sino en la calificación de los mismos) en los servicios de salud, e incluso la disponibilidad (o carencia) de ciertas prestaciones.

Distintas cuestiones de la dimensión material repercuten entonces en la calidad de las prestaciones. Una de las principales tiene que ver con los condicionamientos presupuestarios para poder contar con personal capacitado. Que sea el personal policial quien reciba a las/os usuarias/os, defina las prioridades de atención y complete las planillas, si bien pone en cuestión la organización de los procesos¹⁸⁶, también se explica por el hecho de que no existen cargos disponibles para contar con servicio de recepción profesionalizado las 24 hs. Algo similar sucede en relación a la calidad de la respuesta a las situaciones de crisis por consumo en la guardia. Se trata de médicos sin especialidad a pesar de la sugerencia de la LSM de que sea un equipo interdisciplinario quien dé respuesta antes estas situaciones. No obstante, como mencionamos antes, aún no es posible garantizar dichos servicios en hospitales generales de la ciudad de Rosario (de mucha más envergadura y con diferencias significativas de financiamiento) ni tampoco se ha logrado contar en el propio CMDS con guardia pediátrica siendo que es una de las prestaciones más demandadas. Todo esto implica una interrogación (que no abordamos en este trabajo) sobre los criterios o el principio de racionalización en la asignación de recursos.

Nos interesa señalar el modo en que se relacionan los obstáculos, es decir, reconocer cómo ciertas cuestiones materiales condicionan los modos de organización, al mismo tiempo que ciertas formas de organización desaprovechan recursos disponibles. Articulada a estas dos dimensiones (organizacional y material) se encuentra la simbólica; dimensión en la que consideramos el papel que los condicionamientos culturales tienen en las prácticas.

Desde el inicio de nuestra investigación, y especialmente por la lectura de los antecedentes, señalábamos que un aspecto clave a la hora de pensar la accesibilidad tenía que ver con los modos en que son percibidos/as desde los servicios de salud quienes asisten por consumos problemáticos. Específicamente por las formas de estigmatización de los que son objeto y que operan como barrera a la hora hacer uso de los servicios de salud. Lo que encontramos en nuestra investigación es que esas formas sí tienen lugar. Persisten y preponderan las miradas estigmatizantes, pese a los cambios normativos inspirados por la LSM, aunque sus efectos suelen ser minimizados por momentos de parte de quienes trabajan específicamente situaciones de consumo problemático.

En ese sentido, una de las inquietudes de nuestro estudio era conocer hasta qué punto el diseño de las políticas públicas que se relacionan con esta problemática contempla las particularidades que el acceso a la salud reviste para estos/as usuarias/os, en un contexto de criminalización de sus prácticas. Y en el mismo sentido poder reconocer el modo en que el ordenamiento legislativo vigente en materia de consumos problemáticos de sustancias se manifiesta en esta organización es decir cómo las/os diferentes actores “dotan de sentido, hacen propias y resignifican las renovaciones legales” (Graziano, 2017, p.57) y las normativas en

¹⁸⁶ Nos referimos especialmente a que no se hayan considerado sus posibles efectos expulsivos en general y en prácticas penalizadas que pueden necesitan de los servicios de salud en particular.

general. En nuestro trabajo, encontramos que el peso de la penalización del consumo como aspecto a tener en cuenta en los procesos de atención no ha sido considerado. Esta situación la relacionamos a un desconocimiento parcial de la normativa (Ley Nro. 23357) y a una subestimación de los efectos de la misma¹⁸⁷.

Igualmente es necesario considerar que antes que la existencia de miradas y prácticas homogéneas, nos encontramos con posiciones divergentes, heterogéneas e incluso opuestas entre sí. Desde intervenciones expulsivas del personal policial o de ciertas/os profesionales en la guardia, miradas estigmatizantes de algunas/os profesionales del CMDS, hasta abordajes que daban cuenta de una preocupación genuina por aliviar los padecimientos de las personas, corrida de aquellas posiciones rechazantes. De hecho, entre los argumentos desplegados por algunas/os trabajadoras/es para solicitar reuniones de equipos se planteaba la necesidad de sensibilizar en estas problemáticas dado que predominaban los discursos sociales que veían en las/os usuarias/os de “drogas” delincuentes o sujetos peligrosos. Estos/as trabajadoras/es, aunque minimizaban los efectos en relación a la accesibilidad de las miradas estigmatizantes, señalaban que era con lo que más “renegaban” (Registros de campo, 2019).

Un aspecto que analizamos también dentro de la dimensión simbólica, en el que reparamos por nuestro trabajo de campo y que nos interesa ampliar respecto del análisis anterior, tiene que ver, por un lado, con el modo en que se piensa a las/os usuarios/as en general en el CMDS, no acotado a quienes atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias¹⁸⁸. Por otro, con las percepciones que las/os trabajadoras/es tienen en relación a la salud, especialmente la pública. Aunque los presentamos como cuestiones separadas poseen múltiples relaciones entre sí. Encontramos que las prácticas y modos de percibir a las/os usuarias/os son diversas, sin embargo reconocimos en distintos momentos y lugares de la atención la idea de que “son pacientes¹⁸⁹ que deben esperar ser atendidos” (siendo la salud entendida como acto de

¹⁸⁷ Recordemos que, como dimos cuenta en el análisis, el proceso de incorporación del personal policial respondió a una necesidad concreta de garantizar la seguridad de las/os profesionales de la salud. Esta idea que manifestaba el Secretario de Salud “de estar entre la espada y la pared” ante nuestra pregunta por las consecuencias de dicha presencia en la asistencia de prácticas penalizadas. En este sentido, lo que encontramos en el espacio de la guardia fue una “posición de alerta” en cuya configuración podría jugar un papel relevante una cuestión estructural ligada a que la población que atienden no es una población con la que tengan vínculos regulares o estrechos, es decir, no se ha formado un lazo moral que los coaccione a reconocerlos/as como otros/as equivalentes. Más allá de eso, como abordamos desde la dimensión organizacional, la presencia y sus roles podría planificarse de otro modo. Nuevamente lo que aparece es la solución puntual a distintos problemas sin lograr considerar las posibles consecuencias “no planificadas” que pueden impactar negativamente en los procesos de atención de las/os usuarias/os.

¹⁸⁸ Como señalamos en el escrito aunque el foco de interés lo constituye la accesibilidad para usuarias/os que asisten por consumos problemáticos de sustancias analizamos también cuestiones que pueden afectar la disponibilidad para el conjunto de usuarias y usuarios del CMDS dado que la experiencia en la aproximación al servicio de salud por un determinado problema, por ejemplo, puede condicionar – sea positiva o negativamente- los próximos acercamientos por otras necesidades, incluso la posibilidad de alentar o desalentar que otras personas asistan.

¹⁸⁹ La idea de paciente como “la capacidad de padecer o soportar algo sin alterarse (...) sufrir, soportar” (Auyero, p. 24)

beneficencia) antes que sujetos a los que debe garantizárseles el acceso a la salud como derecho, siendo esta una responsabilidad del Estado y por tanto, de sus agentes. Señalábamos entonces el modo en que operaba el *habitus* de clase pero enlazado a un *habitus* profesional, subalternizando a la población usuaria, a la que no se reconoce como derecho habiente. Recuperamos también para dicho análisis los planteos de Auyero (2013) especialmente para comprender la espera como un modo de “ubicar” a las personas en un cierto lugar de la estructura social y, en este caso mostrar la distancia con las/os profesionales.

En ese sentido, dimos cuenta de distintas intervenciones en las que, especialmente desde la parte administrativa (aunque en ocasiones en alianza con algunas/os profesionales) se señalaba la necesidad de “educarlas/os”¹⁹⁰, “enseñarles a esperar”, “enseñarles a respetar a las/os médicos”. Estas prácticas fueron consideradas como posibles obstáculos o barreras para la atención de las personas. Se trata entonces de los efectos de un *habitus* de clase que procura inscribir la distancia social que los separa de sectores de la población vulnerados y ubica al agente de esas políticas en una posición paternalista. Se “cae” de ese modo en un lugar común que señala que “a los pobres lo que les falta no son recursos sino educación”, teniendo el personal administrativo -por el armado institucional- a disposición de su mera voluntad, el destino inmediato del otro. También observamos que estas miradas de sujetos por “corregir” eran especialmente hacia las mujeres pobres, interpeladas en su rol de madres.

El reconocimiento de estas prácticas fue considerado un factor a tener especialmente en cuenta siendo que las consultas por situaciones de consumo suelen ser realizadas por las madres de usuarias/os que se exponen a estas escenas de destrato o maltrato. A su vez consideramos también la posibilidad de que estas prácticas constituyan un obstáculo para el acceso de las mujeres a los servicios como consumidoras de sustancias, dado que la mirada estigmatizante sobre los usos de drogas en mujeres es aún mayor que para los varones; es decir, que sea una de las cuestiones que explique la consulta significativamente menor de mujeres en el CEMAP como usuarias de sustancias. Aunque afirmamos la necesidad de realizar una investigación específica para poder desplegar argumentos adecuadamente fundados.

Decíamos antes que otra de las cuestiones que habíamos reconocido a partir del trabajo de campo, remitía a una discusión que excede al CMDS y tiene que ver con un debate respecto a las/os usuarias/os “legítimos” de los servicios públicos de salud. Debate que existe más allá de que el sector público de nuestro país tenga a toda la población como potencial usuaria. Reconocimos así posiciones contradictorias que afirmaban por un lado que “la atención no se le niega a nadie” pero que el CMDS “es solo para el que no tiene otra cosa”. En el análisis de las interacciones encontramos que en algunos casos las atenciones se niegan o rechazan, especialmente –aunque no siempre- cuando los servicios no logran dar respuesta a las demandas de

¹⁹⁰ Además dimos cuenta de que más que “educar” de lo se trataba era de “castigar” o reprender ciertos comportamientos que se percibían como negativos: quejarse de la espera, demorar en llevar a los/as hijas a controles, etc.

atención. Igualmente allí planteamos tanto un problema en relación a la falta de criterios establecidos (habilitando discrecionalidades) que relacionamos con la dimensión organizacional aunque especialmente con un aspecto de la dimensión simbólica, el ligado a lo vincular que consideramos luego.

En este sentido, reconocimos como obstáculo un discurso socialmente legitimado que sostiene que “lo público es para el que no tiene otra cosa” y que condiciona el uso de los servicios para aquellas personas que, pese a contar con cobertura de obra social o prepaga, no logra efectivamente acceder a la atención. Esta situación debe pensarse en relación a la capacidad de respuesta del sistema de salud que analizamos en el tercer capítulo y que expone la carencia de prestaciones para usuarios/as de los subsistemas de obra social o privados. Es así que en nuestro estudio se evidencia la actualidad de la tensión que desde su inicio, implica que las políticas destinadas a garantizar el derecho a la salud estén fragmentadas en los tres subsectores (público, Obras sociales y privado); y se expone el modo en que allí (en dicha fragmentación y desarticulación) se cuele la efectiva negación del acceso al derecho en la medida en que un subsector sirve de “coartada” para que otro no cubra las prestaciones.

Sin embargo, cuando indagamos la escasa recepción de consultas por parte del CEMAP de personas que dispusieran de cobertura se hizo visible otra cuestión. Si bien se hacía presente el discurso de que “El Gurí” es para el que no tiene otra cosa (que se homologa en general con la idea de que es “para las/os pobres”) y que la clase media no quiere usar esos servicios si cuenta con otras posibilidades, aparecía como sustancial el “no querer que la sociedad se entere” de que existía una situación de consumo. Se ponía en juego algo que habíamos planteado como hipótesis en relación a los posibles facilitadores u obstáculos relacionados al hecho de encontrarse con “conocidos/as” en el proceso de atención CMDS. Nuestra preocupación inicial se limitaba a esta cuestión, considerando especialmente los discursos sociales sobre las/os usuarias/os de drogas, aunque suponíamos la existencia de ciertas garantías respecto a la confidencialidad de la información. No obstante, en distintos espacios y momentos de la atención, se manifiesta un desconocimiento o incumplimiento de aspectos que resultan sustanciales para garantizar un acceso respetuoso de los derechos de las/os usuarias/os. De hecho aquella necesidad de asesoramiento externo que mencionamos cuando nos referimos a la dimensión organizacional se planteaba no solo en relación a la planificación sino también a lograr una adecuación de las prácticas a la normativa vigente. Nos referimos específicamente a la Ley Nro. 26529, de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Encontramos entonces que el aspecto vincular combinado con la falta de profesionalización aparece teniendo un peso determinante en muchas ocasiones, para habilitar, obstaculizar o inhabilitar el acceso a una prestación. Para la problemática que abordamos, suele obstaculizar en el acceso ya que se trata de abrir una cuestión privada a una mirada pública de alcances imprevisibles (es imposible saber a quiénes le van a contar, cómo lo van a hacer circular, etc.). Insistimos

nuevamente en que las prácticas no son uniformes y especialmente las personas que trabajan con esta problemática manifiestan permanentemente la necesidad de resguardar la información, la intimidad de las personas, y garantizar el secreto profesional.

Situándonos ahora en las distintas respuestas propuestas para el abordaje de los consumos problemáticos nos interesaba recuperar uno de los obstáculos señalados. Nos referimos a los desencuentros o distancias entre lo que suelen demandar quienes recurren al CEMAP y lo que ofrece el espacio, aunque no suceda en todos los casos. El pedido de internación (asociada en general a las comunidades terapéuticas) es una de las intervenciones más demandadas especialmente por quienes van a consultar preocupadas/os por el consumo de un tercero/a (85% de los casos recibidos). Decíamos también que existía una cierta distancia entre la perspectiva de trabajo del CEMAP y el modo en que el ejecutivo municipal entiende que debería responderse a esta problemática, anclado más explícitamente en el paradigma abstencionista.

Lo que aquí nos interesa señalar es que las opciones menos distantes de esos pedidos suelen ser las internaciones por deshabitación¹⁹¹ –por períodos muy cortos de tiempo- y las derivaciones a las instituciones especializadas. Como mencionamos las internaciones intentan desestimarse en general amparándose en que la LSM la considera un último recurso. Entonces queda allí la opción de la institución especializada, en general como la primera opción, por ser la que más se acerca al pedido de las personas. Sin embargo como analizamos, ni los resultados son los esperados así como tampoco se trata de intervenciones adecuadas a la perspectiva de la Ley que recomienda el abordaje intersectorial, en el primer nivel de atención y en el ámbito cercano a donde las personas viven. Cuando esta estrategia de la institución especializada no funciona, entonces se piensa más bien en un abordaje individual (con psicólogo y/o psiquiatra) y cuando eso tampoco resulta, entonces la Sala de Estar. Sin embargo, el inicio del tratamiento es el horizonte y la sala de estar es el mientras tanto de un posible tratamiento. Ahora bien, una respuesta intersectorial como propone la LSM tampoco debe cerrarse en el CMDS y CEMAP. Aunque encontramos en el análisis que existen vínculos entre las diversas áreas municipales, no se logra en general una intersectorialidad en la respuesta.

Retomando la cuestión de la derivación a las instituciones especializadas, creemos que más allá de intentar aproximarse a las intervenciones solicitadas, en la elección de esta estrategia, operan otras cuestiones que queremos considerar. Entre ellas las de una inercia institucional en el abordaje de esta problemática que excede los márgenes del CMDS y CEMAP.

Como expusimos en el segundo capítulo de este escrito, acumulamos décadas de respuestas por fuera de los servicios de salud públicos para la cuestión de los consumos. Las situaciones de consumos problemáticos

¹⁹¹ En relación a este tipo de internaciones, que en algunos casos se consideran deseables en el marco de un proyecto terapéutico, se encuentran serias dificultades para tramitarlas en los hospitales generales como indica la LSM; cuestión que ya consideramos como parte de los obstáculos relacionados a la dimensión organización.

han sido en general definidas como esa “papa caliente” que va de un lugar a otro. Ante la no respuesta pública (o la definición de políticas que incentivaron la atención fuera de lo público previas a la LSM¹⁹²), fue el sector privado o “tercer sector” quien se hizo cargo. De este modo la respuesta para estas situaciones se alejó del nivel de atención primaria del sistema de salud público. En el caso de CMDS pese a haber desplegado recursos en la conformación del equipo de salud mental e, incluso, de haber intentado generar un dispositivo propio, sigue existiendo la idea de que si en los procesos de atención de cualquiera de las/os profesionales del CMDS se reconoce una problemática de consumo, es el CEMAP quien debe dar una respuesta. En continuidad con esta impronta “derivacionista” desde el CEMAP se suele operar derivando a quienes acuden con inconvenientes de este tipo a instituciones especializadas (en su mayoría asociaciones civiles, fundaciones, organizaciones no gubernamentales en general) con las consecuencias que implica: distanciar a la población atendida de la comunidad de pertenencia (aunque sean abordajes ambulatorios), y lo que resulta más complejo, derivar la atención a ámbitos de difícil control, de escasa visibilidad pública en los que las/os usuarias/os suelen quedar restringidas/os en sus derechos.

Es decir que, en lugar de ser este espacio quien genera herramientas para que todo el equipo de salud y de modo interdisciplinar responda al problema, se espera que reciba las situaciones e intente derivarlas a espacios especializados.

Además de la inercia que mencionamos, lo que se pone en juego aquí tiene que ver con una de las discusiones sobre el abordaje de los consumos problemáticos de sustancias: la tensión entre la especialización y la intersectorialidad en la asistencia de esta problemática. Como señalan Pawlowicz et al. (2011)

la especialización pareciera plantear un dilema, ya que supone una mayor adecuación de las intervenciones a la especificidad del problema, pero a su vez introduce la posibilidad que los profesionales sin formación específica perciban que la atención por uso de drogas es inabordable para ellos.(p. 19).

Lo que podría problematizarse en el caso de nuestro estudio es por qué se piensa que la especialización debe conducir necesariamente a la persona a otra institución y no que el propio equipo del CMDS puede capacitarse del mismo modo que sucede para otras problemáticas. Especialmente si tenemos en cuenta que el acceso a dichos espacios encuentra obstáculos relativos a la localización¹⁹³ y a la disponibilidad de plazas en aquellos que se consideran más adecuados para el tratamiento¹⁹⁴.

¹⁹² Señalamos también que continúan haciéndolo, especialmente la SEDRONAR y la APRECOD al realizar convenios por plazas con las organizaciones prestadoras. Lo que constituye de hecho una tercerización/prestación privada de servicios que financia el Estado

¹⁹³ Ya que como mencionábamos las instituciones se ubican en otras ciudades.

¹⁹⁴ Cuestión que contemplamos dentro de la dimensión material cuando nos referimos a la disponibilidad de recursos en función de los acuerdos celebrados por APRECOD.

De este modo, podemos señalar la existencia de un obstáculo de carácter estructural a la perspectiva epistemológica que tiende a ordenar intervenciones de estas características. Perspectiva del abordaje “especializado”. Como señala Stehlik (2012)

coexisten lógicas y posicionamientos que se han ido naturalizando y no se han replanteado las representaciones sociales que fundan tales marcos ideológicos. Por lo que circulan nociones de conceptualizaciones de adictos a quienes no lo son, la idea de que la problemática es materia sólo de especialistas, la derivación compulsiva ante la detección de la más mínima situación de consumo, sostener la internación en comunidades terapéuticas como alternativa primordial, entre otros ejemplos. (p. 164).

Señalábamos anteriormente que en la elección de esta alternativa de derivación reconocimos algunos obstáculos vinculados a la dimensión material (por el aspecto geográfico o territorial y por la disponibilidad). Sin embargo, en los registros de seguimiento de las situaciones, cuando las personas no comienzan o no continúan los tratamientos se afirma que “no logran sostener las estrategias sugeridas”. En este sentido, los efectos de este tipo de intervención, en su gran mayoría, no alcanza los resultados esperados. Pese a esta evidencia no encontramos en nuestro estudio, cuestionamientos o revisiones de los tipos de intervenciones realizadas de parte del CEMAP, dado que no se ha incorporado la herramienta de evaluación, indispensable en toda política pública que permita afirmar su “éxito”. Inconveniente que, entre otros aspectos, se deriva de la escasa información disponible, y de su reducida sistematización. De hecho como señala Díaz (1998)

Evaluar políticas supone el establecimiento de una estructura organizacional para la actividad, técnicamente solvente para la configuración de los instrumentos que permitan la elaboración de indicadores, la producción de información, su control de calidad, su clasificación y su análisis e interpretación. (p. 29).

Una síntesis de lo que intentamos proponer la ofrece el propio Secretario cuando le preguntamos cómo evaluaba la respuesta del CMDS y del CEMAP para el abordaje de los consumos problemáticos: *“Creo que en general estamos dando algún tipo de respuesta, no sé si es siempre la mejor o la... o la que hace falta pero... creo que tenemos un equipo que trabaja, que se preocupa y que le busca la vuelta, viste?”* (Registros de campo, 2019). Permitiéndonos un agregado analítico más, no presente en el cuerpo de nuestra investigación, reconocemos que estos inconvenientes no son exclusividad del CEMAP. Como sostiene Ilari (2020)

En Argentina el grueso de los programas públicos no incluye en su diseño y presupuesto al sistema de evaluación, por lo que rara vez se evalúan. Esto ocurre en todos los niveles del Estado, de manera que la situación municipal no es nada original. (p. 112).

Existe otro aspecto fundamental dentro de la dimensión simbólica que abarca a la integralidad de los procesos de atención, aunque planteado en otra escala, nos referimos al modo en que se construye “el problema”¹⁹⁵ en función del cual se definen los tipos de abordajes. Se trata de la idea misma de que no resulta posible desenlazar consumo de problema. Dada la condición ontológica de la sustancia ‘droga’ se sigue suponiendo que su consumo no puede ser incorporado a la vida regularmente sin ser un problema. Y por esa misma razón, no se propone distinción ni entre las sustancias implicadas ni de los distintos tipos de uso. Es en ese sentido que señalamos que el paradigma prohibicionista ha triunfado socialmente. En nuestro estudio de caso, podemos decir que la reducción de daños y la intersectorialidad, más que ser estrategias privilegiadas de abordaje tal como se señalaba en el LSM, aparecen como las alternativas cuando otras intervenciones previas no han funcionado. Entendemos que esto responde especialmente a la necesidad de un despliegue mucho mayor de recursos implicados en los mismos, que no se garantizan desde la gestión municipal, provincial ni nacional.

En ese sentido, aunque con posiciones contradictorias dentro del propio CEMAP (donde señalamos que una de sus integrantes se posiciona de modo más cercano a la perspectiva abstencionista y otra a la perspectiva de reducción de daños) persisten posicionamientos anclados en los abordajes abstencionistas-prohibicionistas que juegan “la” primera carta a que las personas dejen de consumir o a que directamente nunca se inicie el consumo (en relación al desarrollo de las actividades de prevención). También es cierto que las personas que se acercan al CEMAP suelen reproducir los discursos sociales en relación al consumo, con lo que se termina retroalimentado estas posiciones que señalamos. Resulta pertinente recuperar una de las inquietudes que Rossi (2017) señala al afirmar que

Entre los múltiples interrogantes que surgen en relación con dichas reformas en la Argentina, uno de ellos es si los avances que promoviera la Ley de Salud Mental y su decreto reglamentario en cuanto a la inclusión y el reconocimiento de derechos de las personas estigmatizadas por su padecimiento mental o por su uso de drogas, podrán prosperar en un marco con tanto consenso para las perspectivas de control social más duro. (p. 18).

¹⁹⁵ En este sentido, Tamayo Sáez refiriéndose a la definición del problema como la primera fase del ciclo de las políticas públicas señala: “El carácter eminentemente político de esta fase se muestra en toda su extensión cuando observamos las consecuencias que produce optar por una definición del problema y no por otra. Si definimos el problema de la drogodependencia como un problema de seguridad ciudadana, las alternativas de solución serán distintas a las que tendríamos en cuenta si lo definiésemos como un problema de integración social. Ciertamente, es muy distinto considerar al drogadicto como un marginado que necesita servicios sociales, que como un delincuente potencial al que hay que vigilar. Las definiciones, a pesar de su posible apoyo técnico y estadístico (a algunos les gusta hablar de fundamento científico), no son asépticas ni objetivas. De ahí que cuando el directivo público opta por una definición debe preguntarse por sus consecuencias, previendo a quién beneficia o perjudica con ella, y en qué medida. En resumen, la definición del problema es una decisión de gran importancia que marca absolutamente el posterior desarrollo de la política pública, al reducir el ámbito de posibles alternativas a considerar. Una definición inadecuada del problema está en la base del fracaso de muchas políticas públicas.” (p. 5).

En esta instancia sostenemos que la multiplicidad de aspectos que condicionan la accesibilidad a los servicios de salud pública exige intervenciones de carácter integral. Veíamos desde el ordenamiento analítico propuesto, la necesidad coordinar respuestas entre los actores que componen la oferta de salud. Si bien dicha coordinación requiere inicialmente acuerdos de tipo predominantemente operativos, no debe agotarse allí. Uno de los mayores inconvenientes para facilitar el acceso fue identificado en la escasez de planificación y evaluación. Además reconocimos los condicionantes de tipo material a los que se exponen estas acciones. También se hicieron visibles obstáculos vinculados a “las miradas” sobre las/os usuarias/os de los servicios de salud, y más específicamente a aquellas/os que presentaran un consumo problemático, que a lo largo del estudio incluimos como elementos de la dimensión simbólica. Los prejuicios, las miradas estigmatizantes, y las prácticas rechazantes, son problemáticas no exclusivas de los servicios de salud pública, sino de un devenir social más amplio. No obstante, si se pretende que dichos servicios se asocien a prácticas de cuidado de los sujetos que potencien su autonomía (Merhy, 2016), se deben generar estrategias para disminuir su efecto (y lograr su reemplazo definitivo). Se hace imprescindible la formación de un cuerpo de profesionales y trabajadores/as que tiendan a revisar sus representaciones, los discursos que los condicionan, y redireccionar sus posiciones en pos de intervenciones que hagan realidad el mandato del cuidado. También es preciso

reclamar respuestas más integrales y multisectoriales, en las que lo público se construya entre el Estado y la sociedad, y en las que “sociedad” signifique un concepto inclusivo de sujetos y poblaciones tantas veces invisibilizados o rotulados despectivamente como diferentes. (Touzé, 2017, p. 13).

En relación a las políticas públicas que podrían desarrollarse, existe un aspecto fundamental vinculado a la incorporación de las/os usuarias/os a lo largo de su ciclo¹⁹⁶. Esto demandará un trabajo profundo sobre los procesos de estigmatización, para garantizar dicha participación y no continuar esperando que su demanda llegue de modo espontáneo.

En cuanto a nosotras, en esta investigación nos centramos en la configuración de los servicios de salud para pensar desde allí la accesibilidad de las/os usuarias/os. En este sentido, quedan abiertos nuevos interrogantes respecto a las necesidades específicas de las usuarias/os, desde su perspectiva. Renoldi (2012) señala que

Quizás la contribución de las ciencias sociales, en especial de la antropología a través de sus abordajes etnográficos, permita reconstruir el sentido que adquieren hoy en día elecciones de esta naturaleza para aquellos que las hacen, vislumbrando también qué tipo de asistencia necesitan o están dispuestos a aceptar. De este modo sería posible otra relación entre usuarios de drogas y servicios de salud,

¹⁹⁶ Nos referimos a los ciclos que señala Díaz, C. (1998) *El ciclo de las políticas públicas locales: notas para su abordaje y reconstrucción* en Venesia, J. (comp.) Políticas públicas y desarrollo local, I.D.R. -Instituto de Desarrollo regional (Rosario, 1998). Pág. 67-108

diferente a la que ha prevalecido hasta ahora, que estuvo basada en la evitación de pedir cualquier tipo de ayuda, dada la incongruencia de los servicios con sus necesidades y la percepción estigmatizante, por parte de los agentes de seguridad y de salud (...). (p. 228).

Nuestro próximo desafío de investigación será el trabajo específico con las/os usuarias/os de sustancias que no recurren al sistema de salud, incluso cuando creen que podrían demandar asistencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

- Denominación del Plan de Tesis: “La accesibilidad de los servicios de salud públicos para las y los usuarios que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias en el municipio de Pérez”.
- Nombre y apellido de la Directora: Marisa Germain
- Nombre y apellido de la tesista: Marina Scialla

El propósito de esta ficha de consentimiento es proporcionar información a los participantes en esta investigación detallando el objetivo de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La investigación se realiza como parte de la ejecución del Plan de Tesis presentado para finalizar la Maestría en Gestión Pública de la Facultad de Ciencia Políticas y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

El objetivo de la misma es “Analizar la accesibilidad de los servicios de salud públicos para las y los usuarios que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias en el municipio de Pérez. Indagaremos para ello las condiciones de la oferta de servicios, los aspectos organizacionales, el tratamiento de la normativa vigente en los servicios, las representaciones y prácticas que los trabajadores de salud tienen sobre estos usuarios y las trayectorias de atención de usuarias y usuarios en estos servicios”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación realizada por Marina Scialla bajo la dirección de la Mg. Marisa Germain. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es “Analizar la accesibilidad de los servicios de salud públicos para las y los usuarios que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias en el municipio de Pérez. Indagaremos para ello las condiciones de la oferta de servicios, los aspectos organizacionales, el tratamiento de la normativa vigente en los servicios, las representaciones y prácticas que los trabajadores de salud tienen sobre estos usuarios y las trayectorias de atención de usuarias y usuarios en estos servicios”.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Marina Scialla al teléfono 3415623546.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Marina Scialla al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Referencias

- Abad S. y Cantarelli, M. (2010) *Habitar el Estado* (1a ed.) Hydra- Buenos Aires.
- Abonizio, M. (2008) *Antropología y salud: drogas, políticas, servicios y prácticas en salud*. (1a ed.) ISBN 978-987-05-4893-5. DelRevés Soluciones Gráficas. Rosario.
- Achilli, E. (2005). *Investigar en antropología social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Laborde Editor, Rosario.
- Aranda, A. (2019). *El placer es para todos. Dispositivos territoriales no excluyentes en Que el narco no te tape el bosque. La maquinaria prohibicionista en Rosario y la región*. Aranda, A., Bazzoni, C., Cagliero, I., Cicerchia M.L., Couso, L., De lo Santos G., Lago, A., Lescano, H., Myszkowski, I., Ojeda Granero, A., Sarjissian, J.P., Socolsky, C., Tepper, G. y Vizzi, F. Prólogo Tokatlian, J.G.
- Arroyo, D. (2002). Los ejes centrales del desarrollo local en la Argentina. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Auyero, J. (2013) *Pacientes del estado*. Eudeba. Buenos Aires.
- Ballesteros, M y Freidin, B, (2015). *Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009*. Salud Colectiva. 11(4):523-535 | DOI: 10.18294 | sc.2015.793
- Ballesteros, M. (2013). *Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires,
- Barcala, A. y Stolkiner, A. (2000). *Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso*. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA, VIII, 282-295.
- Beaud, S (1996) *El uso de la entrevista en las ciencias sociales. En defensa de la "entrevista etnográfica"* en Revista Colombiana de Antropología, Vol. 54, N.0 1, Enero-Junio del 2018, pp. 175-218. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcan/v54n1/0486-6525-rcan-54-01-00175.pdf> Artículo original: Stéphane Beaud "L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'entretien ethnographique", publicado originalmente por la revista Politix, 9 (35): 226-257 en el año 1996.
- Belizán, J., Borda, M., Cisneros, C., Dávila, A., Huerta, A., Quadri, A. y Rodríguez, A. (2013). *Acceso a la atención en salud mental en Centros de Salud provinciales y municipales de la Ciudad de Rosario en Investigación en Salud* (vol. 10 Nro 1) Secretaría de Salud Pública Municipal. Rosario.
- Belmartino, S. (2005). *Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina*. Revista Salud Colectiva. La Plata, 1(2): 155-171.
- Belmartino, S. (2009). *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires.
- Benedetti, E. (2014) ¿Qué puede el hospital? Las Casas Amigables como estrategia de anudamiento en nivel primario ante las urgencias y el desamparo. pp. 123-144. 2das. Jornadas de Salud Mental y Adicciones.
- Benedetti, E. (2015) *Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático* Ediciones Licenciada Laura Bonaparte (Serie Papeles de Trabajo).
- Bialakowsky, A. y Cattani, H. (2001). *Conflicto de paradigmas*. Revista Encrucijadas, Año 1, n° 8 (junio). Universidad Nacional de Buenos Aires.

- Bloj, C. (2005). *Conocimiento social y políticas públicas: claves para pensar nexos y contratiempos*. Ponencia presentada en el Foro *Hacia políticas laborales con equidad de género: el caso del sector financiero en Costa Rica*. San José de Costa Rica.
- Bonis, F., Llovera, S. y Scialla, M. (2014). *El abordaje del consumo problemático de sustancias en la ciudad de Pérez como política pública* presentada en – XI Congreso Argentino de Antropología Social – Grupo de Trabajo GT31- Antropología y Políticas Públicas. Facultad de Humanidades y Artes – UNR – Rosario, Argentina.
- Bonis, F., Llovera, S. y Scialla, M. (2015). *Estudio local sobre consumos problemáticos de sustancias* - Municipio de Pérez. Páginas: 1-542
- Bourdieu, P. (2002) *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007) *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- Bragos, O. (2017) *Informe Final Plan Estratégico de Desarrollo Urbano Ambiental "Pérez 2030"* Municipalidad de Pérez – Provincia de Santa Fe. Programa Multisectorial de Preinversión IV Préstamo BID 2851/OC-AR Estudio 1.EG.270
- Brumara, F. Notas sobre identidad en antropología. En: “Antropología”. Revista de pensamiento antropológico y estudios etnográficos. Madrid, Nº 8, 5-30, Septiembre 1994.
- Carracedo E. Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y adherencia. Argentina: Universidad de Rosario; 2006.
- Carta Iberoamericana De La Función Pública 1ra. Asamblea 2006 - Documento Nº 1 Aprobada por la V Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 26-27 de junio de 2003. Respaldada por la XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (Resolución Nº 11 de la “Declaración de Santa Cruz de la Sierra”) Bolivia, 14-15 de noviembre de 2003.
- Casalis, A. (2020) *Políticas sociales y gobiernos locales: un análisis del modelo de gestión frente a los desafíos de la inclusión y la promoción de derechos* en Ilari, S. y Cravacuore, D. (comp.) *Gobierno, política y gestión local en Argentina*. - 1a ed.- Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2020. Libro digital, PDF ISBN 978-987-558-656-7
- Castel, R. (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Ministerio Público de la Defensa, Procuración Penitenciaria de la Nación (2011) *Mujeres en prisión. Los alcances del castigo*. - 1ª ed. - Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. ISBN 978-987-629-164-4
- Cocconi, P. y Belizán, J. (2017) *Lineamientos, acciones y funciones de la Dirección de Salud Mental*. Dirección de Salud Mental. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosari Años 2016 – 2017 en https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/escrito_dsm.pdf
- Comes, Y. (2006) *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Doc. laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.
- Comes, Y. y Stolkiner, A. (2005). “*Si pudiera pagaría*”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, vol. XII, 2005, pp. 137-143. Universidad de Buenos Aires.
- Corbelle, F. (2018) *El activismo político de los usuarios de drogas: de la clandestinidad al Congreso Nacional* (1a ed). TeseoPress.
- Corda, A. (2011) *Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina*. Universidad de Buenos Aires- Asociación Civil Intercambios.

- Corda, A., Galante, A. y Rossi, D. (2014) *Personas que usan estupefacientes en Argentina: de “delincuentes enfermos” a sujetos de derechos*. (1a ed.) Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Das, V. y Poole, D. (2008) *El estado y sus márgenes: Etnografías comparadas*. Cuadernos de Antropología Social, N° 27: 19-52.
- Del Olmo, R. (1989) *Los discursos sobre la droga*. Hisbol. La Paz- Bolivia.
- Díaz Bravo, L., Torruco García; U., Martínez Hernández, M. y Varela Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México. Publicado por Elsevier México. <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Díaz, C. (1998) *El ciclo de las políticas públicas locales: notas para su abordaje y reconstrucción* en Venesia, J. (comp.) *Políticas públicas y desarrollo local*, I.D.R. -Instituto de Desarrollo regional (Rosario, 1998). Pág. 67-108
- Díaz, C. (2014) *1. a. Apertura- Supuestos y encuadre* [Presentación de Power Point] compartida en el marco seminario de posgrado *Las organizaciones en el proceso de las políticas públicas* de la Maestría en Gestión Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales- Universidad Nacional de Rosario. Cohorte 2014.
- Díaz, C. (2014). Programa correspondiente al seminario de posgrado *Las organizaciones en el proceso de las políticas públicas* de la Maestría en Gestión Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales- Universidad Nacional de Rosario. Cohorte 2014.
- Ehrenberg, A. (1996) *Comment vivre avec les drogues? Questions de recherche et enjeux politiques* en A. Ehrenberg (Dir.): *Vivre avec les drogues. Régulations, politiques, marchés, usages*. Communications n° 62. París: École des Hautes Études en Sciences Sociales-Centre d'Études Transdisciplinaires.
- Eilbaum, L. (2004) *La sospecha como fundamento de los procedimientos policiales*. Cuadernos de Antropología Social, N° 20: 79-91.
- Engelman, M. (2006). *Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud*. Anuario De Investigaciones (Vol. XIV) - Secretaría de Investigaciones - Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Epele, M. (2007). *La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud*. Cuadernos de Antropología Social N° 25, pp. 151–168. ISSN: 0327-3776. . Facultad de Filosofía y Letras- Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Epele, M. (2017). *Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas*. ISSN 1669-2381 | EISSN 1851-8265 | DOI: 10.18294/sc.2017.1104- Salud Colectiva -Universidad Nacional de Lanús.
- Epele, M. (Comp.) (2012). *Padecer, cuidar y tratar- Estudios Socio-Antropológicos sobre Consumo Problemático de Drogas*. Antropofagia.
- Epele, M. y Grimberg, M. (2002) *Antropología y Salud Pública. Prevención del Vih-sida y estrategias de reducción de daños*. Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires.
- Escohotado, A. (1998) *Historia elemental de las drogas*. Alianza. Madrid.
- Faraone, S. (2010) *De la tutela a los derechos. Una posible cartografía desde algunos conceptos para pensar la intersección salud mental – uso problemático de drogas* en Touzé, G. (Comp.) (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. (1a ed.) Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- Faraone, S. (2018) *Normativa, paradigmas y conceptos. Avances, resistencias y tensiones* en Faraone, S. y Bianchi, E. (Comp.) *Medicalización, Salud Mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Teseo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Gabinete Social del Gobierno de la Provincia de Santa Fe (2019). *Integralidad, Territorio y Políticas Sociales Urbanas. La experiencia del Plan ABRE de la Provincia de Santa Fe*. ISBN: 978-987-45966-3-5. Rosario.
- Galante, A., Pawlowicz, M., Moreno, D., Rossi, D. y Touzé, G. (2010). *Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires*. Norte de salud mental, vol. VIII, nº 36: 24-34.
- Galante, A.; Pawlowicz, M.P.; Rossi, D.; Faraone, S.; Goltzman, P.; Zunino Singh, D.; Touzé, G.; Silberberg, M. y Cymerman, P. (2006) *La cuestión de las drogas: paradigmas, políticas estatales y dispositivos de intervención*. II Congreso Regional de Psicología. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, Mesa 3, Nro. 4, Octubre de 2006.
- Garbus, P. (2010). *Consideraciones sobre las categorías de acceso a la atención en salud y procesos de estigmatización en personas externadas de instituciones de salud mental*. Anuario De Investigaciones (Vol. XVII) - Secretaría de Investigaciones - Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- García, G., Kierbel, V. y Dias, J. (2014). *Estudio Local de Consumos Problemáticos y Accesibilidad, Municipio de Pérez, Santa Fe*. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).
- Gerlero, S; Augsburger, A; Duarte, M; Gómez, R y Yanco, D. (2011). *Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina*. Rev Argent Salud Pública, Vol. 2 - Nº 9, 24-29.
- Germain, M. (2004). *Medicalización y control social en la Argentina Postdictadura. Aproximación descriptiva al caso de las legislaciones sobre consumo lícito e ilícito - estupefacientes y alcohol -*. Tesina final. la Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Rosario.
- Germain, M. (2016) *Capítulo 2. Aporías de la salud mental a la luz de la Ley N° 26657* en Escalada, R. (Comp.) *Ley Nacional de Salud Mental. De la letra a su implementación. La universidad interpelada*. Laborde Editor. Rosario.
- Goffman, E. (2006) *Estigma: La identidad deteriorada*. 1° ed. 10° reimpr. Amorrortu, Buenos Aires.
- Graziano, M.F. (2017) *Pequeños Juicios. Moralidades y derechos en la administración judicial para “menores” en la ciudad de Buenos Aires*. Antropofagia, Buenos Aires.
- Gregoric, J. (2012) *Biosociabilidad y demandas por derechos en el activismo de personas de sectores populares afectadas por VIH-SIDA*. Cuadernos de Antropología Social Nº 35, pp. 121–142. ISSN 0327-3776. Facultad de Filosofía y Letras- Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Grimberg, M. (2003) *Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana”* en *Estigma y discriminación por el VIH/sida: un enfoque antropológico*, Estudios e Informes, Serie Especial, Número 20. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural, UNESCO.
- Grimberg, M. (2004) *Prácticas Sexuales y Prevención al VIH-Sida en jóvenes de sectores populares de la ciudad de Buenos Aires- Un análisis antropológico de género*. Revista de Trabajo Social y Salud. No 47 ISSN 1130-2976 Asociación Trabajo Social y Salud, Zaragoza.
- Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

- Gutiérrez, A. (2009). *Movilidad y Acceso: Embarazo y Salud Pública en la periferia de Buenos Aires*. XV CLATPU - Buenos Aires. Programa Transporte y Territorio - CONICET -Facultad de Filosofía y Letras- Universidad Nacional de Buenos Aires.
<http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/2016-03-10InformeZProvincialZSantaZFe.pdf>
- Ilari, S. (2020) en Ilari, S. y Cravacuore, D. (comp.) *Gobierno, política y gestión local en Argentina*. - 1a ed.- Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2020. Libro digital, PDF ISBN 978-987-558-656-7
- Inciardi (s/f) en Rekalde, A. y Vilches, C. (2005) *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAPV* (1ª ed) Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. ISBN 84-457-2348-0 1.
- Jodelet, D. "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en S. Moscovici (comp.): *Psicología Social*. Madrid: Paidós, 1986.
- Lins Ribeiro, G. (1998) *Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica* en Boivin, Mauricio; Arribas, Victoria y Rosato, Ana (comps.), *Constructores de otredad. Una introducción a la antropología social y cultural*. Buenos Aires, EUdeBA.
- Llovera, M. S., Routier, M.E, Scialla, M. (2018) *Dispositivo para referentes socioafectivos PAR*. Exposición en el marco de las VI Jornadas del Programa Andrés "Estigma social y producción de subjetividad. Género, diversidad e instituciones". -Sin publicar-
- Llovera, S. (2017) *Aportes conceptuales para el estudio socio-antropológico de las políticas sociales destinadas a la infancia y la juventud*. Trabajo final del Seminario: Niñez, Adolescencia Y Políticas Públicas. Docente: Dra. Daniela Polola.
- Llovera, S. y Scialla, M. (2016). *La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas?* Ponencia presentada en las III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe (IELAC), Buenos Aires, CLACSO – Universidad de Buenos Aires.
- Llovera, S. y Scialla, M. (2017) *Políticas de drogas en Argentina (2003-2015). Reflexiones en torno a la puja entre lo heredado y lo reformulado* en *Revista Temas y Debates*. ISSN 1666-0714, año 21, número 34, julio-diciembre 2017, pp. 77-99.
- López Muñoz, F. (2007) *Historia de la psicofarmacología*, Tomo I. Editorial Médica Panamericana. Madrid.
- Maceira, D. (2009) *Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina*. Documento de Políticas Públicas | Análisis Nº52, Programa de Salud Área de Desarrollo Social.
- MacKenna, T. (1994) *El manjar de los dioses*. Paidós. Barcelona.
- Maffia, D., Lerena, S y Colace, P. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Asesoría Técnica para la Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en USPPA Adicciones.
- Magistris, G. y Litichever, C. (2013). *Transformaciones institucionales en el campo de las políticas sociales para la niñez y la adolescencia* en Llobet, V. (coord.) *Sentidos de la exclusión social. Beneficiarios, necesidades y prácticas en políticas sociales para la inclusión de niños y jóvenes*. Buenos Aires: Biblos.
- Mateos, A. y Pontoni, S. *Evaluación de la capacidad de gestión territorial de la municipalidad de Pérez*. Proyecto PICT-Redes Nº 009. Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT). Facultad de Arquitectura, Planeamiento y Diseño de la Universidad Nacional de Rosario
- Matthys, C. (2018) *La política pública de salud de la Municipalidad de Rosario y consumo de drogas. Análisis de "La Estación"*. Tesina Final. Licenciatura en Ciencia Política.
- Mauro, M., Solitario, R., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). *La construcción del concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud*. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de Buenos Aires.

- Mauro, M.; Solitario, R.; Garbus, P. y Stolkiner, A. (2006). *La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años*. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Mecha, A. (2012). *(Des) dibujando sujetos. los discursos expertos sobre la pasta base Paco y sobre sus usuarios* en Epele, M. (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio antropológicos sobre el consumo problemático de drogas*. Antropofagia.
- Menéndez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.1, pp. 185-207. ISSN 1678-4561. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014
- Merhy, E. Y Franco, T. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Lugar Editorial. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Miguez, D. y González, A. (2003) *El Estado como palimpsesto. Control Social, Anomia y Particularismo en el sistema penal de menores de la provincia de Buenos Aires, una aproximación etnográfica* en Isla, A. y Miguez, D. (comp.) *Heridas Urbanas. Violencia Delictiva y Transformaciones sociales en los noventa*. Editorial de las Ciencias. FLACSO, Buenos Aires. (pp. 157-208)
- Mora, R., Oats, A. y Marziano, P. (2014) *Percepción de la señalización y orientación espacial de los usuarios de tres complejos hospitalarios de Santiago, Chile*. *Rev Med Chile* 2014; 142: 1291-1296
- Myszkowski, I. (2019) *Los sospechosos de siempre. La criminalización del consumo en barrios populares en Que el narco no te tape el bosque. La maquinaria prohibicionista en Rosario y la región*. Aranda, A., Bazzoni, C., Cagliero, I., Cicerchia M.L., Couso, L., De lo Santos G., Lago, A., Lescano, H., Myszkowski, I., Ojeda Granero, A., Sarjissian, J.P., Socolsky, C., Tepper, G. y Vizzi, F. Prólogo Tokatlian, J.G.
- Observatorio Argentino de Drogas- SEDRONAR (2016) *Provincia de Santa Fe. Informe estadístico y geográfico sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR y otros organismos públicos y privados*.
- Observatorio de Aprecod (2019), (Crescini, V., Oliva, M., Fraire, M. y Quartucci, D.). *Intervenciones en el marco del Plan Abre Vida del gobierno de la provincia de Santa Fe en el período 2017-2019*.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981) *Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación*. Documento G.E.CLACSO/No.4. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires.
- Parga, J. *Incorporación de la equidad de género en las Políticas de drogas: visibilizando la situación de las usuarias*. Congreso Internacional. Flacso. Argentina. 2010
- Pawlowicz, M., Galante, A., Goltzman, P., Rossi, D., Cymerman, P. y Touzé, G. (2011). *VII. Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos* en Blanck, E. (Coord.) *Panorámicas de salud mental a un año de la sanción de la Ley nacional N° 26.657*. Asesoría General Tutelar de la Ciudad de Buenos Aires. Eudeba.
- Pecheny, M., Hiller, R., Manzelli, H., Binstock, G. (2012) *Mujeres, infección por VIH y uso de drogas en la Argentina reciente* en Epele, M. (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio antropológicos sobre el consumo problemático de drogas*. Antropofagia.
- Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. (1a ed.). Buenos Aires.

- Renoldi, B. (2012). *La salud como atributo moral. Usuarios de drogas y tratamientos de atención* en Publicado en Epele, M. (comp.), *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio antropológicos sobre el consumo problemático de drogas*. Antropofagia.
- Rockwell, E. (1987). *Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*, Documentos DIE. México, DIE-CINVESTAV-IPN.
- Romani, O. (2007). *De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas* en Esteban, M. (Ed.), *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Primera edición: mayo 2007. OSALDE: Asociación por el derecho a la salud. Bilbao.
- Rossi (2017) *Drogas, control y seguridad* en Touzé, G. (Comp.) (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. (1a ed.) Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Rossi, A. (2014). *Drogas y narcotráfico*. Instituto para el Estudio de las Problemáticas Actuales – IEPA. Salta, Universidad Nacional de Salta, Módulo VIII, Política Pública sobre el uso indebido de drogas (cuadernillo).
- Rossi, D., Pawlowicz, M. y Zunino Singh, 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 trabajadores de la salud* (1a ed) ISBN 978-987-98893-4-3 - Intercambios Asociación Civil -Buenos Aires.
- Sánchez Pardo, L; Bermejo Gonzalez, P; Cid Gonzalez, A; Fernandez Lamparte, M. *Drogas y perspectiva de género. Documento Marco*. Servicio Gallego de Salud. España. 2009.
- Sánchez-Torres, D. (2017) *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 1. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Schuch, P. (2012) *Justiça, cultura y subjetividad: Tecnologías jurídicas e a formação de novas sensibilidades sociais no Brasil*. Scripta Nova, Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, Vol. XVI, núm. 395 (15).
- Sgrazutti, O. (Coord.) (2007). *Estudio y Propuesta para el Desarrollo del Barrio Cabán 9 -Municipio De Pérez- Provincia De Santa Fe. Informe Final (Consultoría 1)*. Santa Fe.
- Shore, C. (2010). *La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas*”. Revista Antípoda, núm. 10, pp. 21-49. Universidad de los Andes. Bogotá.
- Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales- SIEMPRO, (2018) Reporte de Monitoreo Programa SUMAR Tercer trimestre 2018.
- Stehlik (2012) *La condición socio-sanitaria actual frente a una nueva política de drogas* en Touzé, G. (Comp.) (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. (1a ed.) Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Stival, M. (2018). *Capítulo 3. Tiempo, procesos de atención y pacientes Qom (Toba). Una problematización de las perspectivas de los profesionales y personal de salud* en Tesis doctoral *Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos toba (qom) del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario*.
- Stival, M.; Name, M.; Margulies, S. (2012). *Problematización y perspectivas en la atención de varones homosexuales y bisexuales del personal de salud de 13 Hospitales Públicos*. Rev Argent Salud Pública, Vol. 3 - Nº 12.

- Stolkiner, A. (2009). *El proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina*. Exposición en el marco de las XV Conference of the Internacional Association of Health Policy y XXVIII Jornadas de debate de la Sanidad Pública, Madrid.
- Tamayo Sáez, M. (1997) *Capítulo 11. El Análisis de las Políticas Públicas* en Bañón, R. y Carrillo, E. (Comp.) *La nueva Administración Pública*. Alianza Universidad. Madrid.
- Testa, M. (1996). *Atención ¿Primaria o primitiva? de Salud* en <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-176.pdf>
- Touzé, G. (2006) *Evolución del ‘problema droga’ en la Argentina*. En Touzé, G. (org.). *Saberes y prácticas sobre drogas: el caso de la pasta base de cocaína*. Buenos Aires, Argentina, Intercambios Asociación Civil-Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G. (Comp.) (2017). *Avances y retrocesos en políticas de drogas: Conferencias Nacionales sobre Políticas de Drogas 2010-2017*. (1a ed.) Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Touze, G., Pawlowicz, M. P., Rossi, D., Goltzman, P. y Cymerman, P. (2008). *Consumo de drogas en Argentina*. En *Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador*. Santiago de Chile.: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez.
- Trimboli, A. (2017). *Consumo problemático de drogas: bases para una clínica ambulatoria de inclusión socio-comunitaria* (1a ed.) Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico –Noveduc.
- Ulloa, F. (1995) *La nivela clínica psicoanalítica*. Paidós. Buenos Aires.
- Van Gennepe, A. (1986), *Los ritos de paso*. Taurus. Madrid [1909]
- Vázquez, A. y Romani, O. (2012). *Drogadependencia, estigma y exclusión en salud: Barreras de accesibilidad de drogadependientes a servicios de salud en las ciudades de Barcelona y Buenos Aires*. Anuario De Investigaciones (Vol. XIX) - Secretaría de Investigaciones - Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Vázquez, A. y Stolkiner, A. (2009). *Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia*. Anuario De Investigaciones (Vol. XVI) - Secretaría de Investigaciones - Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Willis, P. “Notas sobre el método” en Cuadernos de Formación, Nº 2, RILICRE, Santiago de Chile, 2005.
- Zinberg N. (1984). *Drugs, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press. Londres.

Páginas Web y Fuentes consultadas

- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. Información Legislativa. *Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. Información Legislativa. *Resolución 2177/2013. Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/225330/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. Información Legislativa. *Decreto 603/2013.Ley Nº 26.657. Apruébese reglamentación*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. Información Legislativa. *Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Ley 26.934. Creación.*
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>
- Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. Información Legislativa. *Código Penal. Ley N° 23.737 Tenencia y Tráfico de Estupefacientes.*
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/138/texact.htm>
- Decreto Nro. 0419/2016, creación de APRECOD
(<https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/29-03-2016decreto419-2016.html>)
- Ministerio de Salud de la Nación. Covid-19 Recomendaciones para la implementación de Triage
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001849cnt-covid-19-recomendaciones-implementacion-triage.pdf>
- https://www.facebook.com/pg/desdeelpierrez/about/?ref=page_internal Servicios que brinda el CEMAP
- <https://libertad.org.ar/docs/1555514770Informe%20Presupuesto%202019%20FINAL.pdf> visada el 23 de mayo de 2020
- <http://perezciudad.ddns.net/> visada el 15 de noviembre de 2019
- Wolke Leslie, Sistema de Señalización de Subte / Por Diseño Shakespear <https://www.dgcv.com.ar/sistema-de-senalizacion-de-subte-por-diseno-shakespear/> SEGD, es Asociada Principal de fd2s con sede en Austin. Entrevistó a Ronald en un reciente viaje a Buenos Aires.- Traducción al castellano, Elena Cetrari.
- Salud Pública. Conceptos Básicos y Generales. Junta de Escalafonamiento Ministerio de Salud – Santa Fe Decreto 522/13 Para aspirantes a puestos de ingreso al escalafón de suplencias e ingreso. Resolución 1932/15.
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/>
- Sánchez, C. (31 de enero de 2020). Introducción. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/introduccion/>

Artículos de diarios

- <http://www.regionlacapital.com.ar/2017/03/el-centro-de-salud-el-guri-incorporo-tres-profesionales-y-nuevos-equipos/>
- <http://www.regionlacapital.com.ar/2017/03/el-centro-de-salud-el-guri-incorporo-tres-profesionales-y-nuevos-equipos/> Declaraciones del Secretario de salud de la Municipalidad de Pérez, visada el 75 de junio de 2019.
- <https://www.conclusion.com.ar/sin-categoria/cabin-9-vecinos-piden-ambulancia-que-funcione-y-guardias-en-el-centro-de-salud/09/2017/>
- <https://www.elespectador.com/noticias/judicial/la-reduccion-de-danos-para-las-mujeres-consumidoras-de-drogas/?fbclid=IwAR2u5cIKV49wXPT9rvd3-yNWFkfulHIUcgNH14RENf-hpEn5ngRZcvNuyo> El origen perdido: la reducción de daños para las mujeres consumidoras de drogas
- <https://www.iprofesional.com/health-tech/274157-Como-evoluciono-el-gasto-en-salud-en-Argentina-desde-el-2003-al-2014>

- <https://www.lacapital.com.ar/la-region/prevencion-adicciones-16-localidades-ya-firmaron-acuerdos-el-abre-vida-n1728193.html>
- <https://www.pagina12.com.ar/198897-el-fin-de-los-manicomios-la-otra-deuda>
- <https://www.pagina12.com.ar/230852-la-demanda-en-adicciones-entre-la-criminalizacion-y-la-expul>
- <https://www.rosarioplus.com/noticias/La-ONG-Madres-en-Accion-abrio-un-espacio-contra-adicciones-en-Cabin-9-20150828-0024.html>
- <https://www.vocesenelfenix.com/content/Ley-de-salud-mental-apuesta-un-cambio-de-paradigma-y-oportunidades-para-una-reforma-en-las-p>

Base de datos y/o resultados de Encuestas - no disponibles públicamente-

- Base de datos de la Encuesta sobre Consumos Problemáticos de Sustancias y Accesibilidad (2014) Observatorio Argentino de Drogas en los barrios Cabín 9, Jardín y Terraplén
- Encuesta implementada en el año 2017 a personas que asistieron al CMA “El Gurí”.