



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales
Escuela de Trabajo Social

Las dificultades de los abordajes del consumo problemático en el
Centro de Salud N° 20 “La Esperanza”

Lara Salomón
Trabajo Integrador Final

Correo electrónico: larasalomones@gmail.com

Licenciatura en Trabajo Social

Directora: Romina Lamanuzzi

Rosario
2024

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que me han acompañado y apoyado durante este largo y desafiante proceso.

En primer lugar, a mi familia, por estar siempre a mi lado, por su esfuerzo incondicional y por ser mis pilares fundamentales. Su compañía y apoyo me han dado la fuerza necesaria para lograr este gran objetivo.

A mis amigas, quienes han sido una constante fuente de aliento y comprensión a lo largo de estos cinco años. Gracias por estar siempre a mi lado, compartiendo alegrías y estando para mí en los momentos difíciles.

A mi pareja, por su amor y apoyo incondicional. Ha sido un refugio y un lugar seguro para mí durante este recorrido.

Finalmente, quiero dedicar un especial recuerdo a las personas que ya no están en este plano conmigo, pero que siento presentes cada día. En especial, a mi abuela Elvira, mi gran protectora, quien desde el cielo me acompaña en cada paso de mi vida. Su amor y enseñanzas me acompañan en todo momento.

Índice

Introducción	2
Capítulo 1: La organización del sistema de salud argentino	4
1.1 Atención primaria de la salud.....	7
1.2 Centro de Salud N°20 “La Esperanza”	13
Capítulo 2: Consumo problemático	16
2.1 ¿De qué hablamos cuando hablamos de consumo problemático?.....	16
2.2 Marco Legal del Consumo Problemático de Sustancias.....	20
Capítulo 3: Las dificultades en el abordaje del consumo	23
3.1 Problemáticas que nos encontramos al abordar situaciones sobre consumo problemático.....	26
3.2 ¿Cómo sería posible abordar desde APS las complejidades actuales sobre el crecimiento en los consumos problemáticos?.....	31
Reflexiones finales	35
Bibliografía	39

Introducción

El presente Trabajo Integrador Final busca trabajar las principales complejidades en el abordaje actual del consumo problemático en Atención Primaria de la Salud , recuperando mi experiencia de las prácticas profesionales del 2023 en el Centro de Salud N°20 “La Esperanza” en la ciudad de Rosario.

El transcurso por este espacio me invito a reflexionar sobre las dificultades del contexto actual, donde la atención primaria de la salud nos insta no solo a reconsiderar en términos generales cómo el Estado no está dando las respuestas necesarias para las grandes problemáticas que nos encontramos hoy en el territorio, sino que además, al reducir el apoyo económico para las instituciones, se limita también el accionar con la sociedad, ocasionando así la falta de acceso a servicios e incluso una extensa tardanza en proveerles una respuesta.

Hoy el consumo problemático representa serias dificultades que ponen en alerta al territorio donde, como profesionales, encontramos múltiples obstáculos para poder abordarla. Desde la falta de instituciones capaces de dar respuesta a la gran demanda, hasta la falta de presupuesto, lo que genera que no se tenga una respuesta adecuada para trabajar el consumo problemático en APS hoy.

Las situaciones que llegaban al centro de salud relacionadas con consumo problemático se abordaban de manera similar, concluyendo con un proceso de derivación a la Agencia de Prevención y del Consumo de Drogas (APRECOD). Los procesos que conlleva que esta agencia admita a un nuevo usuario generan que la gran mayoría de ellos no complete todos los pasos para acceder a su servicio y, como consecuencia, no puedan acceder a un tratamiento.

Estas situaciones, que se repetían con frecuencia, me hicieron cuestionar las dificultades que enfrenta un usuario para llegar al centro de salud y trabajar su consumo problemático, y cómo la mayoría de estos se “pierden” entre los procesos institucionalizados, quedando sus intervenciones estancadas en dichos procesos.

Por lo mencionado anteriormente, a lo largo del desarrollo de este trabajo me propongo responder los siguientes interrogantes: ¿Cómo se aplican las políticas de salud mental a la hora de intervenir sobre un consumo problemático? ¿Qué respuestas da el Estado para trabajar una problemática tan compleja y emergente como el consumo problemático?

Y además, ¿por qué en la actualidad no contamos con una red capacitada para dar respuestas concretas y eficientes a la hora de trabajar el consumo problemático? No solo esto, sino que desde mi experiencia en las prácticas preprofesionales empecé a interrogarme sobre ¿cómo se desarrollan las intervenciones frente a los consumos y cómo impactan las problemáticas en el territorio sobre estas?

Es necesario pensar en ¿cómo llegan las demandas al Centro de Salud? y, sobre todo, cuestionarnos ¿de qué manera se constituye el abordaje interdisciplinario para abordar las problemáticas de consumo? Es indispensable pensar en estas cuestiones a la hora de hablar sobre el consumo, ya que si se interviene de una manera u otra, se va a modificar la intervención y cómo se trabaje esta.

En el primer capítulo desarrollaré la definición, la historización y los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS), ya que lo considero de suma importancia para contextualizar este trabajo integrador final. Además, en una segunda parte de este capítulo se centrará específicamente en el Centro de Salud N°20 “La Esperanza”.

En el segundo capítulo expondré el consumo problemático, su definición, sus abordajes y sus complejidades tanto en la intervención como en el territorio.

En el tercer capítulo realizaré un análisis y reflexión sobre dichos interrogantes mencionados anteriormente, donde escribiré sobre las complejidades que nos encontramos en la actualidad para intervenir sobre situaciones de consumo.

Respecto de los aspectos metodológicos para analizar la situación planteada, se utilizará una estrategia metodológica de tipo cualitativa, donde se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas al Trabajador Social y a la Psicóloga que forman parte del Centro de Salud N°20 “La Esperanza”, para permitir entender puntos más complejos de dichos abordajes y generar aportes muy enriquecedores para el desarrollo de dicho trabajo integrador final.

Retomando a Sautu (2005), las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el/la investigador/a se propone estudiar la construcción social de significados, las perspectivas de los/as actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad; en este enfoque, la explicitación de los supuestos epistemológicos generales juega un papel extremadamente importante.

Este trabajo integrador final será una investigación de campo, ya que se desarrollará con la información recopilada en mi cuaderno de campo durante los últimos 8 meses de mis prácticas profesionales.

Capítulo 1

La organización del sistema de salud argentino

La conformación actual del sistema argentino de salud es el resultado de una compleja evolución. Este sistema está compuesto por tres subsistemas: el público, el de las obras sociales y el privado.

Retomando a Acuña y Chudnovsky (2002), el primer subsector provee servicios de salud gratuitos a sus usuarios a través de instituciones públicas como hospitales o centros de salud dirigidos a personas que carecen de cobertura de alguno de los otros subsectores mencionados.

El sistema público opera a través de los Ministerios de Salud en los tres niveles (nacional, provincial y municipal). “El MS es el organismo encargado de la regulación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica. Tiene formalmente a su cargo la normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional, comprendiendo la promoción, prevención, recuperación, planificación y rehabilitación” (Belmartino, 1999: 291) (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Las tensiones entre las regulaciones nacionales, provinciales y municipales generan un particular modo de funcionamiento del mercado y el acceso a los servicios de salud por parte de los habitantes de las diferentes regiones del país.

“La estrategia de gestión del sistema de salud provincial santafesino pone énfasis en la coherencia en la gestión y la innovación; en la resolución de nuevos problemas, garantizando el acceso a la salud de toda la población y acercándose a cada barrio de la provincia. Un modelo de gestión en red basado en la atención primaria de salud, una gran red en la cual todo sistema de salud está estructurado para cuidar y dar respuesta a las necesidades de salud de la población. La red está compuesta por efectores (hospitales, SAMCOs y centros de salud) de gestión provincial y municipal en trabajo articulado con otras áreas para dar respuesta efectiva a la ciudadanía.

Los efectores de salud están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación y distribución de recursos y capacidades. Están divididos en niveles de complejidad necesarios para el cuidado del ciudadano:

1. **1er Nivel:** Centros de Salud. Es el lugar de mayor proximidad al vecino. No poseen camas de internación y son los encargados de garantizar la salud territorializada.
2. **2do Nivel:** Hospitales y SAMCOs de baja y mediana complejidad.
3. **3er Nivel:** Hospitales de alta complejidad. Son el último y más completo nivel de la red.

Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, existe el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), que cuenta con vehículos de traslado y centrales de operaciones y traslados” (Gobierno de la Provincia de Santa Fe, s.f.).

A la hora de hablar del accionar a nivel municipal, “el modelo de atención de la ciudad de Rosario está basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Dicha estrategia implica que las acciones del sistema de salud están organizadas en función de las necesidades de la población. Para ello, es central partir de dónde las personas viven, porque es allí donde se construyen los proyectos de vida y donde se presentan los problemas de salud.

Las acciones de los equipos de salud se organizan en redes, de manera que todas las instituciones, servicios y atenciones se complementen y cooperen, formando grupos amplios y plurales, ya que ni un listado de enfermedades ni un paquete de prestaciones alcanzan para cubrir todos los problemas de salud.

Los equipos de salud son responsables de las familias que habitan en los territorios más cercanos al lugar de atención. Los problemas se abordan no solo desde lo individual, sino también teniendo en cuenta el contexto familiar.

El Sistema de Salud público de Rosario se integra por todas las organizaciones, instituciones y recursos del Estado destinados a garantizar el derecho a la salud. En ese sentido, Rosario ofrece una red de servicios públicos que integra acciones del Municipio, la Provincia y la Nación.

El Estado Municipal tiene a su cargo una red de servicios constituida por 50 centros de salud, 3 hospitales de mediana complejidad, 2 hospitales de alta complejidad, 2 maternidades, el Instituto de Rehabilitación (ILAR), el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR), La Estación, espacio de referencia para el abordaje integral de consumos de alcohol y sustancias psicoactivas, el SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias), el

Instituto de la Salud Lazarte, el laboratorio de producción pública de medicamentos (LEM), el Instituto del Alimento y el Instituto de Salud Animal (IMUSA) con sus 7 sedes” (Datos Rosario, s.f.).

El segundo subsistema lo componen las obras sociales. Este “está conformado por instituciones que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia (sobre todo a partir de Obras Sociales sindicales) y a los jubilados del régimen nacional de previsión social a través del Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI). Este subsector se constituye como un seguro social para la protección de los trabajadores asalariados (y sus familiares directos) cuyo aporte es obligatorio y se realiza a través de las contribuciones tanto del empleador como del empleado. Pese a la existencia de un gran número de instituciones, los beneficiarios y recursos se concentran en un número relativamente reducido, influyendo así en la inviabilidad financiera de muchas de ellas” (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Y por último, **el tercer subsistema es el privado.** Este “está conformado principalmente por los prestadores de servicios médico-asistenciales, financiadores o empresas de seguros médicos, laboratorios de especialidades médicas, empresas de equipamiento e insumos médicos, farmacias y centros de diagnóstico, además de las instituciones privadas responsables de la formación de los recursos humanos en las distintas especialidades médicas y no médicas que se desempeñan en dicho sector. Dentro del mismo hay organizaciones y Planes asistenciales de características muy diversas, aunque, en términos generales y particularmente en las grandes ciudades, se orientan a la población de mayores ingresos” (Ariovich y Crojethovic, 2015).

Una vez mencionado el funcionamiento y la organización del sistema argentino de salud es necesario conocer que está regulado por las siguientes leyes:

- La Ley N° 26.742 “Derechos del paciente” determina que “El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.” En general, las modificaciones que introduce esta ley son sobre el consentimiento y voluntad del paciente, y sobre la responsabilidad del profesional que actúa de acuerdo a ella.

- La Ley N° 26.657 “Regula sobre el Derecho a la Protección de la Salud Mental”.
- Ley N° 22.431 “Sistema de protección integral de los discapacitados”. Su objetivo es la creación de un sistema de protección integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurarles a éstas su atención médica, su seguridad social y su educación.
- La Ley N° 27.610 “Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo”. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.
- La Ley N° 26.061 “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”. Su objetivo es que las niñas, niños y adolescentes tengan derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

Atención Primaria de la Salud

La atención primaria de la salud (APS) se ha consolidado como un pilar fundamental en el sistema de salud argentino, desempeñando un papel crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la garantía de acceso equitativo a los servicios de salud para toda la población. La importancia de la APS radica en su capacidad para abordar las necesidades de salud de las personas y las comunidades de manera integral, centrada en los determinantes sociales y en la participación de la comunidad.

Siendo así, “la APS se describe como una estrategia integral que busca garantizar el acceso equitativo y la cobertura creciente de servicios de salud. Esta filosofía está sustentada en los principios de universalidad, integralidad, equidad, participación comunitaria e intersectorialidad, los cuales son esenciales para asegurar el derecho fundamental a la salud para todos los individuos, sin distinción alguna. La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las

personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas” (OMS y UNICEF, 2020).

Para comprender la importancia actual de la APS en Argentina, es necesario remontarse a su historización. Durante décadas, el sistema de salud argentino ha atravesado numerosas transformaciones, desde un enfoque predominantemente curativo hasta un enfoque más orientado hacia la prevención y la atención primaria.

La historia de la Atención Primaria de la Salud (APS) en Argentina se remonta a principios del siglo XX, aunque su desarrollo significativo se produjo a partir de la segunda mitad del siglo pasado. A lo largo de los años, la APS ha avanzado en respuesta a los desafíos, dificultades y necesidades cambiantes de la población argentina, reflejando tanto avances como retrocesos en el sistema de salud del país.

A principios del siglo XX, Argentina experimentaba un rápido crecimiento demográfico y urbano, así como una mayor conciencia sobre la gran importancia de la salud pública. En este contexto, se establecieron las primeras iniciativas de atención primaria de la salud, ya que manifestaron necesarias ante el gran hacinamiento, las enfermedades y las condiciones de vida de las personas, centradas principalmente en la prevención de enfermedades y la promoción de la higiene y la vacunación de la población.

Durante las décadas de 1950 y 1960, Argentina experimentó un período de crecimiento económico y desarrollo social, impulsado en parte por la implementación del Plan de Salud de la Nación en 1953. Este plan buscaba expandir la cobertura de salud y mejorar la infraestructura sanitaria en todo el país. Se crearon nuevos hospitales y centros de salud, y se implementaron programas de vacunación masiva y control de enfermedades infecciosas.

Pero, a mi parecer, el paso más importante que dio la APS fue en 1978, cuando Argentina se sumó a la Declaración de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que proclamaba la importancia de la APS como estrategia fundamental para lograr la salud para todos. La APS se consolidó como un enfoque integral e interdisciplinario que abordaba las necesidades de salud de las personas y las comunidades en su conjunto. Siendo así que “la idea de división del trabajo y de niveles de responsabilidad supone además una estructura organizativa donde se procesen cotidianamente las relaciones de poder entre los miembros del equipo. Respecto a los contenidos de la APS, estos refieren sobre todo a su capacidad de

resolución o limitación efectiva de los problemas, daños, padecimientos y necesidades concretas de esa población.” (Bianco; Grigaitis, 2005)

Allí se consensuó un objetivo fundamental, Salud Para Todos 2000 y la Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia común para alcanzarla. Equidad, eficacia y eficiencia serían los criterios prioritarios para alcanzar la SPT 2000. Se comienza a desplazar la mirada desde el paradigma del Modelo Médico Hegemónico al del paradigma de la Salud Social Colectiva, en el cual se concibe al usuario de salud no como un consumidor de servicios sino como un sujeto de derecho, de la relación médico/paciente a la relación equipos interdisciplinarios/población, de lo puramente asistencial a una atención integrada en promoción de la salud, prevención de daños y asistencia curativo-reparadora, al contrario del primero que está asentado en la mirada biologicista, individualista, a-histórica, a-social, mercantilista sobre la idea de salud y su atención.

Durante las décadas de 1980 y 1990, Argentina experimentó una serie de cambios políticos, económicos y sociales que afectaron profundamente al sistema de salud. La implementación de políticas neoliberales y programas de ajuste estructural tuvo un impacto negativo en la APS, con recortes en los presupuestos de salud, despidos de personal y deterioro de la infraestructura sanitaria.

“A partir de la transición democrática en los años 1980, se abrieron nuevas y mejores condiciones para aquellos componentes de la estrategia que podrían ser considerados más políticos. Sin embargo, la repolitización del espacio comunitario fue pensada básicamente desde un área de política social (programas alimentarios), que fundó un progresivo aislamiento entre la política social en sentido estricto y el sector salud, a lo que deben sumarse las marcas que dejó una dictadura con 30.000 desaparecidos, prolongando los efectos de la represión en forma de autocensura por muchos años más (Bermann et al., 1994). Así, una tímida expansión del primer nivel y una igualmente tímida apertura de espacios de aprendizaje para la formación de los equipos de salud se quedó limitadas a una extensión de cobertura tecnocrática, que creó las bases para una posterior medicalización de la APS” (Bertolotto; Fuks; Rovere, 2012).

Es necesario mencionar que “con la recuperación de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar al sistema a través de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica. Por otra parte, se proponía universalizar la cobertura del seguro de salud

complementando los aportes y contribuciones con fondos públicos. El proyecto fue muy resistido por los sectores sindicales. El impulso integrador del Seguro Nacional de Salud se pierde en las leyes finalmente sancionadas en 1988 (Ley de Obras Sociales N° 23.660 y de creación del Sistema Nacional del Seguro de Salud, N° 23.661), que aunque asumieron algunas pautas regulatorias del sistema, solo dejan como puente para una posible integración la posibilidad de que los fondos de aportes y contribuciones sean complementados con recursos del tesoro nacional para avanzar hacia la universalidad del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esto último nunca fue instrumentado. Como resultado de una dinámica política sectorial en la que cada cual atendió su juego sin empatías con los demás actores, gran parte de los componentes del modelo neoliberal permanecen aún hoy incólumes en la organización de los servicios de salud en Argentina” (Tobar, 2012).

En la década de 2000, Argentina experimentó un resurgimiento de la APS impulsado por un cambio en la política de salud. Se implementaron programas de atención primaria de la salud orientados a mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginales. Se promovió la formación de equipos de salud familiar y comunitaria, así como la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de programas de salud.

Como nos dice Tobar, podemos identificar cuatro modelos de Estado en relación con las políticas de salud en nuestro país:

“En el primero (liberal), la salud es totalmente subsidiaria y el rol del Estado se limita garantizar que esta, así como las demás problemáticas sociales, no afecte el ritmo ‘natural’ del mercado. El financiamiento de las pocas acciones existentes no es público sino privado por la vía de las donaciones, y la salud no constituye un derecho de la población. En el segundo, durante la década del cuarenta, las principales transformaciones en la estructura social del país consolidan las bases sociales de un nuevo Estado (de compromiso). Este incorpora la premisa de la ‘modernización’ más en la acción que en el discurso (puesto que no se asume como ‘progresista’ sino como ‘revolucionario’). La esfera pública crece exponencialmente, y dentro de ella, la salud en su carácter de ‘cosa pública’. Este crecimiento es enteramente mediatizado por un Estado centralista y con un Poder Ejecutivo hiperdesarrollado. Los derechos sociales, y en particular los de salud, se expanden, pero el acceso no se plantea de manera universal sino de forma regulada por el Estado. La coexistencia de acciones públicas con el desarrollo del sistema de seguro de salud (obras

sociales) incorpora una gran fragmentación del sistema. La modalidad financiera apropiada para las acciones de salud de este tipo son los recursos fiscales, por un lado, y las contribuciones sobre el salario, por el otro. En el tercer modelo, durante el desarrollismo, provoca un giro en el rol del Estado por el cual el compromiso con el proceso de acumulación es anterior al compromiso con los derechos sociales. La premisa de la modernización se consolida para ser reeditada por todos los gobiernos posteriores. No obstante, se incorpora como novedad la tendencia centrífuga de las acciones estatales. El sistema de salud comienza a ser descentralizado con la transferencia de los hospitales nacionales a las provincias en 1957. Al año siguiente, los mismos son devueltos a la Nación por causa de la baja capacidad técnica y financiera de las provincias. En el cuarto modelo, neoliberal, es incorporado en la formulación de políticas públicas bajo el régimen autoritario. El mismo incorpora el espíritu de la contención del gasto, la focalización, la descentralización de los servicios (aún como medida convencional) e intenta introducir una cuña en el sistema solidario de seguridad social, permitiendo la salida del mismo de los sectores de mayores recursos mediante su incorporación a los seguros privados, que se convierten en una pujante área de valorización del capital.” (Tobar, 2012)

En la actualidad, la APS sigue siendo un componente fundamental del sistema de salud argentino, aunque enfrenta desafíos como la falta de recursos, la fragmentación del sistema de salud y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, continúa siendo un pilar crucial en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la garantía de acceso equitativo a la atención sanitaria para toda la población argentina.

La atención primaria de la salud (APS) desempeña un papel fundamental en el bienestar de la población, actuando como la puerta de entrada al sistema de salud. En tal caso, podemos plantear que, “La APS entonces se configura como una estrategia de acceso a niveles crecientes de cobertura y de respuesta efectiva, a la vez que una filosofía sustentada en el derecho a la salud y la equidad en el acceso y disfrute de sus resultados” (Bianco; Grigaitis, 2005).

Los principios fundamentales que guían la APS, como nos dice la OMS, son la universalidad, integralidad, equidad, participación comunitaria e intersectorial. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinciones:

- **La universalidad** asegura que todos los individuos y comunidades tengan acceso equitativo a los servicios de salud, independientemente de su condición socioeconómica o ubicación geográfica.
- **La integralidad** implica abordar todas las necesidades de salud de las personas, desde la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación, reconociendo la interconexión entre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud.
- **La equidad** se refiere a la reducción de las desigualdades en salud y al acceso igualitario a los servicios de salud para todos.
- **La participación comunitaria** involucra a la población en la toma de decisiones relacionadas con su salud, promoviendo la autonomía y el empoderamiento.
- **La intersectorialidad** reconoce la influencia de otros sectores, como educación, vivienda y trabajo, en la salud de las personas, y fomenta la colaboración entre ellos para abordar los determinantes sociales de la salud.

La implementación efectiva de la APS en Argentina requiere un enfoque multisectorial y una colaboración estrecha entre el gobierno, los profesionales de la salud, la sociedad civil y la comunidad en general. Se deben fortalecer los recursos humanos, mejorar la infraestructura de atención primaria y promover la formación continua de los profesionales de la salud en el enfoque de APS. Además, es necesario avanzar en la integración de los servicios de salud, la descentralización de la atención y la promoción de políticas públicas saludables en áreas como educación, empleo y vivienda.

En Argentina, la falta de respuesta adecuada de la APS ha generado consecuencias negativas que afectan de manera significativa a las personas. La insuficiencia de recursos, la falta de personal, la precarización estructural y las limitaciones presupuestarias para dar respuestas a problemáticas han debilitado la capacidad de los centros de APS para cumplir con su función de manera efectiva.

Para hablar de los momentos que se ponen en juego en nuestras prácticas, el contexto de intervención es de suma importancia, y por ello retomo a Zamanillo y Estalayo (2011), quienes plantean que: “no es posible mantenerse alejado de la realidad política. Vivimos envueltos por las decisiones políticas y, con nuestra formación, contribuimos a canalizar o derivar, la mayor parte de las veces en pequeños escenarios o microcosmos, determinadas disposiciones o medidas de políticas sociales. Este aporte resulta fundamental para

comprender que todas las intervenciones realizadas por los y las profesionales tienen una dimensión política. Por esto mismo, creo que es de suma importancia remarcar que nuestro contexto político y económico condiciona fuertemente las posibilidades de respuesta hacia los usuarios.”

La falta de respuestas estatales adecuadas agrava aún más la situación. La inversión insuficiente hoy en el sistema de salud limita la capacidad de los centros de salud para proporcionar servicios eficientes y accesibles.

Desde mi experiencia en la Atención Primaria de la Salud, puedo decir que la escasez de recursos financieros se traduce en una carencia de personal, falta de respuestas, falta de equipos médicos actualizados y la incapacidad para ampliar y mejorar las instalaciones, como mencioné en el eje anterior. En este contexto, la salud se convierte en un lujo para muchos, y la falta de respuestas estatales eficaces perpetúa la desigualdad en el acceso a servicios médicos.

Esto conlleva a que la calidad de vida de los usuarios se vea amenazada y se vean forzados a posponer o incluso renunciar a tratamientos esenciales debido a las limitaciones económicas y a la insuficiencia de recursos en los centros de salud.

Centro de Salud N°20 “La Esperanza”

El Centro de Salud N°20 “La Esperanza” está ubicado en el distrito Norte de la Ciudad de Rosario, específicamente en calle Pizzurno 1935; es una institución dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Tal es así que el Centro de Salud “La Esperanza” es una institución de primer nivel destinada a desarrollar la estrategia de Atención Primaria de la Salud, pensada como la puerta de entrada al sistema, ya que es un lugar de proximidad para los ciudadanos.

Para poder organizar el Sistema de Salud, los centros de salud provinciales dependen de un hospital base, de modo que el área programática es la forma de organización del Subsistema Público de Salud para desarrollar la estrategia de atención primaria de la salud, pensándola como la puerta de entrada al sistema de salud de la comunidad. Siendo así, dicho centro de salud depende del Hospital Eva Perón.

Su equipo está compuesto por: Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Medicina General, Clínica, Psiquiatría, Pediatría y Farmacia, todas con profesionales idóneos que trabajan interdisciplinariamente y se articulan con instituciones del barrio.

En mi paso por la institución, pude observar cómo se daba de manera repetitiva y en diferentes momentos la falta de recursos, tanto en la infraestructura de la institución como en la falta de pagos a los trabajadores, llevando así a la instancia de paros por parte de la institución para luchar por un salario digno, repercutiendo en las intervenciones con los usuarios.

En cuanto a la infraestructura de la institución, las condiciones en las que se encuentra hoy el centro de salud no son las adecuadas, perjudicando el trabajo con los usuarios, así como también poniendo en peligro a todos los que transitan el centro de salud, siendo estos: el deterioro de la infraestructura, la falta de agua, el desgaste de la estructura eléctrica, ocasionando incendios, y la falta de seguridad, entre otras.

La población usuaria del Centro de Salud del barrio “La Esperanza” es un barrio popular registrado en el Registro Nacional de Barrios Populares (ReNaBaP), perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Estar en este registro permite a los habitantes del barrio tener el Certificado de Vivienda Familiar y poder acreditar su domicilio, conectarse a servicios públicos, tener cobertura de salud y otros beneficios. Pensar que dicho barrio pertenece al ReNaBaP nos da las pautas de las características del barrio, así como también las condiciones habitacionales en las que viven las personas, ya que, para poder estar registrado en este, más de la mitad de la población no cuenta con título de propiedad ni acceso a dos servicios básicos (agua corriente, energía eléctrica con medidor o red de cloacas).

Parte de la población del barrio “La Esperanza” no cuenta con el nivel de educación secundaria completa. Siendo así que, en cuanto a lo laboral, gran parte de la población se encuentra desempleada o está insertada en trabajos informales: changas, ventas ambulantes, albañilería, emprendimientos.

Además, parte de la población está compuesta por adolescentes y jóvenes que se encuentran presuntamente vinculados a conflictos delictivos y territoriales. Una parte considerable de la población está envuelta en el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

En este sentido, y en relación con lo que mencionamos anteriormente, la institución entendida como APS se constituye como punto de llegada de los usuarios y espacio donde se consultan y tramitan un sinnúmero de situaciones. Por eso mismo, la población que asiste y las demandas

que circulan son complejas y variadas, en su mayoría por personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social pertenecientes al barrio popular La Esperanza.

Capítulo 2

Consumo problemático

En el presente apartado desarrollare en detalle la definición de consumo problemático, sus abordajes en el Centro de Salud, los paradigmas y sus complejidades tanto en la intervención como territoriales.

Además, en este capítulo relatare la historicidad del consumo problemático de sustancias en Argentina, analizare las leyes que lo sancionan y examinare los abordajes desde la Atención Primaria de la Salud (APS) para enfrentar este desafío de manera integral y efectiva.

¿De qué hablamos cuando hablamos de consumo problemático?

El consumo problemático de sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo y multifacético que afecta a individuos, familias y comunidades en todo el mundo. En nuestro país, este problema ha sido objeto de atención durante décadas, con diferentes enfoques y estrategias para abordarlo.

Retomando a Carlon Damin (2016): “El lugar que las drogas ocupan en una sociedad, la razón por la cual incluye a algunas y excluye a otras, debe ser interpretado a la luz de los cambios sociales, económicos, culturales y científicos que la afectan. El abuso de sustancias constituye actualmente uno de los mayores problemas de la salud pública, siendo también un fenómeno social complejo que requiere que sobre él se hagan lecturas complejas para poder encontrar soluciones.”

Durante la década de 1980, Argentina experimentó un aumento en el consumo de drogas sintéticas, como la cocaína y el crack, debido a factores socioeconómicos y culturales. La crisis económica y la falta de oportunidades laborales llevaron a un incremento en la marginalidad y la desigualdad, contribuyendo al aumento del consumo problemático de drogas en sectores vulnerables de la sociedad.

En las últimas décadas, el consumo de drogas continúa siendo un desafío importante, con un aumento en el uso de sustancias como la marihuana, la cocaína y los psicofármacos. La falta de políticas efectivas de prevención y tratamiento, junto con el incremento de redes de narcotráfico, ha exacerbado el problema.

Es necesario contextualizar el consumo problemático y desarrollar cómo se aborda en el Centro de Salud.

Para iniciar y poder hablar sobre el consumo problemático de sustancias psicoactivas, creo que es importante definirlo. Para ello, tomamos a Arrieta y Gurvich en el libro “Un libro sobre drogas” (2017), donde plantean que las sustancias psicoactivas son aquellos compuestos químicos que cambian el estado de ánimo, las sensaciones de dolor y de placer, la conciencia y la percepción, entre otras funciones psicológicas. Estas sustancias engloban tanto drogas lícitas como ilícitas. Si bien el consumo de estas sustancias fue considerado como un problema hace un poco más de cien años, la aparición y el desarrollo de las mismas acompaña toda la evolución del ser humano, es decir, que existen desde hace millones de años.

Además, como nos dice Carlos Damin (2016): “Las sustancias psicoactivas producen sensaciones psíquicas además de efectos físicos, dependiendo de su pertenencia a distintos grupos:

- **Psicoanaléptico (Estimulantes):** Se denominan así a las sustancias que estimulan la actividad mental y nerviosa, aumentan los niveles de actividad motriz y cognitiva, refuerzan la vigilia, el estado de alerta y la atención. En este grupo se encuentran las anfetaminas, las metanfetaminas, los derivados metanfetamínicos, la cocaína, el “paco”.
- **Psicolépticos (Depresores):** Sustancias que determinan relajación y depresión de la actividad mental. Incluyen los derivados naturales y sintéticos del opio, los hipnóticos, sedantes o ansiolíticos, los neurolépticos o antipsicóticos, los solventes volátiles (usados en pegamentos) y el alcohol.
- **Psicodislépticos (Alucinógenos):** Sustancias químicas capaces de producir fenómenos mentales no ordinarios, como alteraciones de la sensorialidad, del humor y de la conciencia. Incluyen el cornezuelo del centeno y sus respectivos alcaloides (LSD, mezcalina, psilocina y psilocibina), la ayahuasca, el peyote y los hongos psicoactivos. Entre los alucinógenos propiamente dichos se encuentran las solanáceas psicoactivas: la belladona, el beleño, la mandrágora, el toloache y las brugmansias (floripondio).”
- **Cannabinoides:** Son sustancias presentes en las plantas cannabináceas con capacidad estimulante, depresora y alucinógena. Están contenidas en la marihuana y el hachís. Todas poseen, además, propiedades de refuerzo, entendidas como la capacidad de producir efectos que despiertan en quien las utiliza el deseo imperioso de consumirlas otra vez, en la búsqueda

de efectos similares. Las sustancias psicoactivas modifican la síntesis, la degradación o la liberación de neurotransmisores y neuropéptidos cerebrales. Son sustancias químicamente muy diversas, que se unen a distintos sitios iniciales en el cerebro y la periferia, generando una combinación diferente de efectos fisiológicos y conductuales luego de su administración.”

Es de suma importancia conocer en detalle las características de las sustancias psicoactivas para generar una intervención más específica, ya que estar capacitados como profesionales sobre el tema hace que nuestra intervención sea de mayor calidad y, por consecuencia, que se provea un acompañamiento adecuado al usuario.

Es fundamental tener presente, como se plantea en la publicación de la Defensoría de Niñas, Niños y Adolescentes de la Provincia de Santa Fe (2018): “Se debe hablar de consumos en plural, ya que existen diferentes vínculos entre las personas y las sustancias psicoactivas. Por eso se entiende que no todos los consumos son problemáticos, sino que el consumo problemático se da a partir de que el uso de drogas afecta negativamente a una o más áreas de la persona, como su salud física o mental, sus relaciones sociales primarias, sus relaciones sociales secundarias y sus relaciones con la ley. Este tipo de consumo sucede cuando el uso de sustancias atraviesa la vida cotidiana de la persona, alejándola de sus actividades diarias y sus relaciones afectivas, pudiendo poner en riesgo su salud, verse afectada su integridad física o la de terceros.

La relación que establece la persona con la sustancia puede ser de uso, abuso o adicción.

- **El uso** hace mención a que todas las personas utilizamos drogas al tomar mate y café, al requerir medicamentos por enfermedad o al tomar un vaso de vino en la cena. También se puede ser usuario de drogas ilegales. Refiere a un vínculo con las sustancias esporádico y ocasional. No obstante, el uso esporádico también puede ser problemático si, después de beber alcohol, se conduce un auto o si se desea experimentar con alguna sustancia alucinógena sin conocer las cantidades que podrían derivar en sobredosis.

- **El abuso de sustancias** es, por ejemplo, tomar un remedio no indicado o en dosis mayor a la recetada, o beber alcohol en exceso. Muchas personas abusan de sustancias sin tener plena conciencia de ello. Refiere a un consumo en exceso, con cierta periodicidad y con una intencionalidad en el vínculo (se consume para divertirse, para “rendir” más, para cambiar el humor, etc.).

• **La adicción** sucede cuando la persona siente que no puede vivir sin una sustancia, o bien encuentra en ella la única o principal motivación de vida, viviendo por y para las drogas. Esto ocurre cuando la sustancia se usa de forma permanente y compulsiva, cuando la persona no puede dejar de hacerlo, cuando tiene la necesidad inevitable de consumir una sustancia y depende física o psíquicamente de ella. Teniendo en cuenta que la dependencia a las sustancias es el estado físico o psíquico provocado por el consumo continuo y reiterado en el tiempo, ante la supresión del consumo se manifestará el síndrome de abstinencia. La adicción es la expresión de un conjunto de factores, por lo que requiere ser comprendida como la manifestación de otra u otras problemáticas. Cabe aclarar que no solo existen adicciones a las drogas; también existe la adicción al trabajo, al juego, a comprar, a la comida, a la velocidad.”

Las drogas han existido siempre en nuestra sociedad, pero hoy nos encontramos con un escenario de naturalidad del consumo donde nuestro contexto socioeconómico lleva, como nos dice Freud (1996), a que para calmar el dolor de existir no podemos prescindir de calmantes. Las sustancias conocidas como "quitapenas" son utilizadas en momentos que nos superan, donde los humanos nos refugiamos en ellas para poder volver a “controlar” nuestro entorno y sentirnos seguros.

El abordaje del consumo problemático desde los centros de salud requiere una respuesta integral que combine medidas preventivas, tratamiento y rehabilitación, además de políticas públicas orientadas a abordar la demanda de sustancias ilegales. Algunas estrategias de abordaje incluyen la prevención, la rehabilitación y poder proveer un tratamiento adecuado para trabajar su consumo.

En la actualidad, muchos factores como mencionaba anteriormente influyen en el consumo de sustancias por parte de los ciudadanos:

1. **Factores socioeconómicos:** La pobreza, el desempleo, la falta de oportunidades educativas y laborales, y la exclusión social son factores que pueden aumentar el riesgo de consumo problemático de sustancias, especialmente entre los grupos más vulnerables de la sociedad
2. **actores culturales y sociales:** Normas culturales que normalizan el consumo de drogas ilícitas, junto con la influencia de los medios de comunicación o redes sociales, que, desde mi parecer, pueden contribuir al consumo problemático en ciertos contextos sociales.

3. **Factores individuales:** Debemos tener muy presente que dicha problemática no es aislada, ya que, según la información recolectada en mi cuaderno de campo, 9 de cada 10 usuarios del Centro de Salud “La Esperanza” con consumo problemático llegan al centro de salud por otras problemáticas o complejidades, y a medida que se desarrollan las entrevistas, se puede conversar sobre dicho tema y, por ende, empezar a trabajar esta complejidad.

Marco Legal del Consumo Problemático de Sustancias

En este apartado desarrollaré las diferentes leyes que se toman en cuenta al trabajar el consumo problemático en nuestro país.

El consumo de drogas está regulado por la Ley Nacional de Estupefacientes N° 23.737 del año 1989. Esta ley tiene como objetivo principal la protección de la salud pública y la lucha contra el narcotráfico.

Se trabaja con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: "La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" (Artículo 1 Ley 26.657). "En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona."

El objetivo principal de esta ley es garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, así como promover la inclusión social y la autonomía. Cuenta con el apoyo de distintas organizaciones nacionales, regionales y mundiales, cumpliendo con los lineamientos de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y delimita el campo de acción sobre esta problemática, su pertinencia, estableciendo un nuevo marco legal basado en el respeto de los derechos humanos y las garantías de las personas con padecimientos mentales.

Esta ley nos dice en su artículo 8: “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. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.”

Trabajar interdisciplinariamente enriquece el accionar profesional, y requiere despojarnos de la idea de nuestra profesión para articular con otras profesiones y visiones teóricas y prácticas, además de la nuestra como trabajadores sociales.

Alicia Stolkiner expresa que: “Hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pospositivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y, por lo tanto, la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios. (...) Es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Este posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas.” (Stolkiner, 1987, p. 5).

Además de trabajar de manera interdisciplinaria, “es fundamental que el profesional de Trabajo Social reconozca la importancia de la interseccionalidad, que incorpore las diferentes categorías: género, clase, raza/etnia, cuerpo, entre otras, en lo cotidiano de su práctica. Que sepa valorizar las acciones integradas, el trabajo en red y el diálogo con los técnicos de las diferentes áreas, con una perspectiva de intersectorialidad.

Hay que tener siempre presente la relación entre teoría y práctica; pero también, que no utilice la teoría como una imposición, ya que las teorías son formulaciones que sirven para orientar reflexiones, estabilizan provisoriamente determinadas interpretaciones y, por lo tanto, son fluidas, se modifican y se actualizan, acompañando el movimiento dialéctico de la propia realidad” (Kleba, Teresa y Simone Lolatto, 2013, p. 418).

Es imposible pensar una intervención fundada, situada y transformadora que no recupere, problematice, sistematice y reflexione acerca de la intervención del Trabajo Social y el contexto de su accionar.

No solo se da un trabajo interdisciplinario con los trabajadores dentro de la institución, sino que también se trabaja con otras instituciones de manera interdisciplinaria, tales como la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe, Centro Cuidar, entre otras.

Capítulo 3

Las dificultades en el abordaje del consumo problemático

Hoy, el abordaje del consumo en el Centro de Salud “La Esperanza” se puede dar a través de dos vías: la Agencia Local y APRECOD.

Primero, “la **Agencia Local** se creó en 2023 con la finalidad de planificar, unificar y coordinar políticas públicas y acciones que valoren e integren la perspectiva de las agencias de los distintos niveles del Estado, la población destinataria, las organizaciones comunitarias, los referentes territoriales y la Universidad Nacional de Rosario.

Tiene por objetivo implementar acciones orientadas a la prevención y promoción de la salud de forma integral; la atención, asistencia y acompañamiento a personas con consumos problemáticos; y la capacitación e investigación.

Promueve y coordina la conformación del Consejo Consultivo, una mesa de trabajo permanente de carácter amplio y horizontal integrada por representantes de las áreas municipales vinculadas directa o indirectamente a la prevención y/o abordajes específicos, la Universidad Nacional de Rosario, miembros del Concejo Municipal de Rosario, entidades gubernamentales especializadas en la materia como la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) y la Agencia de Prevención de Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD), asociaciones, organizaciones de la sociedad civil, universidades, entidades académicas y centros de investigación públicos y privados especializados o comprometidos con el abordaje del consumo problemático” (Municipalidad de Rosario, n.d.).

En una entrevista semiestructurada con el trabajador social del Centro de Salud, nos relata que, en cuanto a los dispositivos operativos distribuidos por la ciudad, se destacan varios puntos: en la zona noroeste se encuentra la Casa Martínez Estrada (Cachi 1580 bis, entre Carre y Giacomelli); en la zona oeste, el Dispositivo Territorial Comunitario - DTC (ex

DIAT, Bv. Seguí 5440); en el distrito La Estación (Gálvez 867 y Maipú); en la zona norte, el Centro Cuidar La Cerámica (Molina 2850); y en el centro, el Centro Cuidar República de La Sexta (Esmeralda 1774, esquina Cochabamba). Es importante señalar que la sede central, o al menos uno de los referentes, está operando en el Galpón de la Juventud, donde se articula con la organización APRECOD. Sin embargo, la información sobre estas articulaciones no siempre es clara, lo que genera confusión tanto en los usuarios como en los trabajadores del sistema.

Sin embargo, Pablo nos manifiesta que, en la práctica existen algunas dificultades en la gestión territorial, especialmente en cuanto al acceso de la población a estos servicios. Cabe destacar que estos dispositivos no ofrecen medicación, lo que constituye una barrera significativa para aquellos procesos que requieren deshabitación o medicación sustitutiva para el manejo de la ansiedad y otros impulsos. El equipo de trabajo está compuesto por trabajadores sociales, psicólogos y operadores de salud mental, con lógicas de funcionamiento que varían según la institución. Por ejemplo, la Casa Martínez Estrada cuenta con una serie de talleres y entrevistas conducidas por varios profesionales, aunque muchas de estas actividades se encuentran en proceso de desarrollo y consolidación.

El segundo abordaje es a través de **la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD)**, del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe. Esta agencia tiene como objetivo lograr la efectiva implementación de las políticas públicas en materia de consumos problemáticos y adicciones, mediante la articulación de acciones y coordinación operativa con las diferentes jurisdicciones y actores, con especial atención a los sujetos o grupos vulnerables. La red provincial de abordaje de los consumos de APRECOD está constituida por setenta instituciones y organizaciones que brindan acompañamiento a las personas que no cuentan con obra social. Además, cuenta con un centro de atención virtual que brinda escucha profesional gratuita a todas las personas e instituciones.

Esta institución, además, cuenta con la red de municipios y comunas, donde se busca fortalecer los centros de atención local de consumos problemáticos y se promueven estrategias que dotan de capacidad institucional a los equipos técnicos locales. Las acciones de APRECOD se encuentran enmarcadas en lo dispuesto por el Decreto 304/19 y se componen de:

- Acciones de promoción y cuidado -preventivas y asistenciales- desde una perspectiva de abordaje socio-sanitario, donde la comunidad posee la centralidad.
- Programas de formación profesional, capacitación, extensión e investigación específicas del campo.
- Iniciativas en conjunto con el estado nacional, ministerios, agencias y entes descentralizados, gobiernos locales (municipios y comunas), universidades y la sociedad civil para atender las situaciones de consumos problemáticos en nuestra sociedad.

Tal como nos han comentado profesionales de APRECOD, la agencia interviene en las situaciones de consumo problemático a partir de la derivación de otras instituciones, buscando trabajar integralmente con las mismas. La agencia entiende que el consumo problemático se da cuando los sujetos rompen con sus vínculos sociales y no se pueden proyectar a futuro; en el caso de los jóvenes, muchas veces esto los lleva a delinquir.

A la hora de intervenir, la agencia, desde una perspectiva de derechos, adopta estrategias ligadas a la reducción de daños, que implican que la persona que consume debe ser ayudada por profesionales para que pueda disminuir riesgos vinculados al consumo, como, por ejemplo, enfermedades.

Esta institución cuenta con una derivación de enlace. Esto quiere decir que se accede a través de un correo electrónico donde se envía el informe, y así es posible que se reciba un turno. Aunque estos turnos no contemplan las complejidades territoriales, ni mucho menos la situación compleja que representa llegar a estas entrevistas para algunos usuarios. Al no contar con ticket de taxi, no es posible darles la posibilidad desde el Centro de Salud “La Esperanza” de llegar a estas entrevistas.

Es fundamental tener en cuenta que la intervención profesional es un proceso complejo que se enmarca en una demanda social y se basa en una construcción imaginaria de la profesión, así como en la percepción de los problemas y necesidades de los sujetos involucrados. Implica acercarse a los fenómenos o situaciones problemáticas con el objetivo de modificar o transformar la situación existente. En este contexto, el rol del trabajador social es de suma importancia, ya que generalmente es el lugar más cercano y, por lo tanto, de mayor accesibilidad que tienen las personas del barrio para poder expresar sus problemáticas y necesidades.

Por lo mencionado anteriormente, es importante poder escuchar y conocer lo que acontece tanto a nivel individual como en las realidades colectivas donde se desenvuelve el efector. Esto convierte al espacio en un lugar importante y valioso para el otro, para que se sienta escuchado y representado.

Problemáticas que nos encontramos al abordar situaciones sobre consumo problemático

A continuación, desarrollaré las principales problemáticas al abordar situaciones de consumo. Basado en mi experiencia en el campo, estos tres puntos representan, desde mi perspectiva, los aspectos centrales en las deficiencias observadas en los enfoques para el tratamiento del consumo problemático.

- ***El diferente posicionamiento de los paradigmas de abordaje***

La autora Edith Benedetti (2015) desarrolla los distintos modelos que históricamente han establecido una determinada visión acerca del consumo de sustancias. En primer lugar, se desarrolló el modelo Ético-Jurídico, que pone el eje de análisis en las sustancias psicoactivas y cuya consideración está determinada por la legalidad de las mismas. Se trata de un modelo punitivo que busca reducir el consumo a través de la prohibición y penalización.

A mediados del siglo XX, se desarrolló el modelo médico-sanitario, en el cual las adicciones se entienden como una enfermedad, haciendo énfasis en las sustancias. Por eso, las estrategias de salud son asimiladas a instancias de control. En un tercer momento, más precisamente en la década de los 80, se desarrolla el modelo psico-social, que se concentra en el sujeto y su relación con la sustancia, donde el consumidor problemático tiene el estatuto de enfermo, pero ese consumo problemático no es producto de la sustancia, sino como síntoma de un malestar previo del sujeto con su medio social. Por último, también durante la década de los 80, surge el modelo socio-cultural, que entiende que las causas de cualquier consumo (problemático o no) se describen como un fenómeno social.

Para Benedetti (2015), estos modelos orientan las acciones de los profesionales y se enlazan con dos estrategias de intervención que, en la actualidad, se utilizan en el terreno de la

prevención y atención: la estrategia abstencionista-prohibicionista y la de reducción de daños y riesgos.

En cuanto a la estrategia abstencionista-prohibicionista, la autora comenta que esta pone énfasis en la sustancia psicoactiva como causa del consumo, entendiendo a las sustancias como objetos prohibidos. Por eso, esta estrategia se relaciona con el control, ya que se entiende que, si se puede sustraer el objeto, se lo puede controlar. Así, en el ámbito asistencial se propone que para iniciar el tratamiento se debe lograr la abstinencia, y si a lo largo del tratamiento la persona consume, se lo entiende como una recaída. En el ámbito de la prevención, se mantienen los mismos principios, donde la sustancia tiene un eje central. Un ejemplo son las campañas publicitarias que plantean como eslogan que las drogas controlan tu vida o que no te dejes caer en vicios que se aprovechan de ti.

Por otro lado, la estrategia de reducción de riesgos y daños surge como alternativa a la estrategia prohibicionista-abstencionista, ya que entiende que la persona que consume (y por el momento no puede o quiere dejar de consumir) debe ser ayudada por profesionales para que pueda disminuir los riesgos vinculados al consumo. Entre estos riesgos, la autora menciona los de salud, como la transmisión de enfermedades; los riesgos sociales, como la estigmatización; y los riesgos legales, como la penalización por tener estupefacientes. Por lo tanto, el profesional debe buscar disminuir esos riesgos, siempre entendiendo al sujeto como activo y responsable que debe participar en su tratamiento, donde se deben abrir espacios de escucha y diálogo con él. En el ámbito de la prevención, esta estrategia también se diferencia de la prohibicionista-abstencionista, ya que no plantea un combate ante las drogas, sino que busca algo más que la suspensión del consumo, tomando a la prevención como promoción de posibilidades, de escucha, de construcción de alternativas y de un proyecto vital.

- ***Las tensiones dentro del centro de salud***

Para adentrarnos en las estrategias que implementa el equipo del centro de salud, realicé dos entrevistas semiestructuradas: una con Pablo, el trabajador social, quien me comenta que los abordajes del consumo problemático en la ciudad de Rosario son una de las mayores deficiencias del sistema de salud, ya que la logística que se establece para atenderlo no da la respuesta necesaria, debido a que gran parte de las instituciones están ubicadas en el centro, lo cual implica para la gente del barrio tiempo y dinero para movilizarse, recursos que no poseen. Si bien en el último tiempo la Municipalidad creó una agencia de prevención, no se

ha establecido la infraestructura necesaria ni tampoco se han creado programas específicos para abordar situaciones tan complejas.

Él entiende que el consumo se da a partir de tres ramas problemáticas: una es la tendencia del individuo, otra es el contexto en el que se encuentra inserto y, por último, la sustancia misma. Estas tres particularidades hacen que los sujetos desarrollen un consumo. El, diferencia al consumo recreativo del problemático, ya que el consumo problemático es aquel que afecta los vínculos y el desarrollo personal del individuo. Sin embargo, plantea que no todos los profesionales comprenden esto de la misma manera que él y que para algunos los abordajes deben ser abstencionistas para dar soluciones y obtener resultados concretos.

A la hora de intervenir, Pablo menciona que prefiere adoptar estrategias reduccionistas. Al acercarse a los sujetos, busca indagar acerca de qué sustancias se consumen y cómo, para así buscar reducir el consumo y cambiar la manera en que se realiza, ya que muchas veces se lleva a cabo de una forma muy dañina para la salud. Sin embargo, en ciertas situaciones se deben adoptar estrategias que no apelan al paradigma reduccionista, ya que, frente a crisis subjetivas, los pacientes deben ser derivados a efectores de segundo o tercer nivel, donde se atiende con la medicación psiquiátrica correspondiente.

La segunda entrevista semiestructurada la realicé a Marina, la psicóloga del Centro de Salud, quien entiende que el consumo de sustancias es una problemática que atraviesa el contexto social, político y económico actual.

Para ella, el consumo emerge en un contexto determinado y es un elemento más de la realidad en la que el sujeto está viviendo, de modo que es una problemática de la salud integral de los sujetos y específicamente de su salud mental. Por lo tanto, el consumo debe ser abordado del mismo modo en que se aborda un problema de salud, donde primeramente se realiza una entrevista con el médico de referencia, se revisa si tiene historia clínica y el médico la actualiza. A partir de allí, existen dos modos de intervenir: por un lado, la forma ambulatoria con el equipo de salud mental del Centro de Salud y, por otro lado, la forma de deshabitación más organizada a partir de la internación en otras instituciones que manejan el paradigma de la abstinencia.

Para Marina, en el Centro de Salud, el consumo debe ser pensado a partir de la Política de Atención Primaria, es decir, que se debe prevenir y asistir. Sin embargo, ella considera que en APS no hay política de reducción de daños y, por ende, no se puede pensar la problemática en los términos de las perspectivas abstencionista o reduccionista, ya que todo depende de la

realidad psicosocial del paciente. De allí que el trabajo del equipo de salud mental debe basarse en la implicación subjetiva de cada paciente para definir una estrategia de intervención.

A partir de las entrevistas que mantuve con los profesionales, pude visualizar que dentro del equipo existen diferencias entre ellos, ya que no perciben el consumo de la misma manera y se diferencian en cuanto a las estrategias de intervención. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, entienden que ante las complejidades territoriales, donde gran parte de las situaciones requieren una respuesta inmediata para salvaguardar la vida de los sujetos, se dirimen estas diferencias, ya que buscan adoptar estrategias que puedan dar una respuesta inmediata y efectiva para salvaguardar al usuario.

Puedo decir que el trabajador social y la psicóloga, a pesar de sus diferencias, siempre buscan encontrar puntos en común para intervenir, teniendo en cuenta la singularidad de cada situación y la urgencia de las mismas. A mi parecer, esto implica el desarrollo de un trabajo interdisciplinario, ya que, tal como plantea Follari (1992), lo interdisciplinario implica la unión de lenguajes diferentes que hablan de cosas distintas y en términos diferentes. Conlleva un arduo esfuerzo para mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado y construir un marco de intervención.

De lo anteriormente mencionado, pude observar que las situaciones de consumo problemático sólo se abordan por parte del equipo del trabajador social y la psicóloga, y las demás áreas no participan en dichas intervenciones, desligándose completamente de estas.

Es aquí donde puedo evidenciar un punto de tensión en el accionar sobre situaciones complejas de consumo. Si bien podemos afirmar que el equipo del trabajador social y la psicóloga llevan adelante un trabajo interdisciplinario, no sucede lo mismo entre el resto de los profesionales del Centro de Salud N° 20, ya que no existe la comunicación necesaria a la hora de implementar las estrategias de intervención y sus seguimientos.

Par finalizar este punto, es importante mencionar la inexistencia de reuniones interdisciplinarias de equipo, que son sumamente importantes para retrabajar situaciones de alta complejidad como las que se trabajan en el Centro de Salud. Desde mi punto de vista, esto se da porque los profesionales no están abiertos a concretar estrategias en conjunto, cuando sería sumamente fructífero que todos los profesionales de la institución se involucren para poder dar respuesta a situaciones tan complejas.

- ***La falta de instituciones capaces para dar respuesta***

En este punto desarrollare como mencioné anteriormente la falta de instituciones preparadas y equipadas para dar respuesta a las demandas que presentan los usuarios, dificultando así las intervenciones.

Desde mi posicionamiento, creo que es necesario que se destinen más recursos y actividades que sean fructíferas para los usuarios del centro de salud. Esto podría ser planificado desde la escucha activa de quienes habitan el barrio y llegan al centro de salud y a partir de allí poder crear y llevar adelante dichas actividades. Entiendo que cada actividad debe tener un marco, pero creo que muchas veces son limitantes o solo se realizan para una cierta parte de la población dejando por fuera a muchos usuarios.

Cuando hablo de instituciones que necesitan mayor presupuesto, reformas en sus procesos de abordaje y mayores capacitaciones frente a las dificultades de los usuarios, puedo referirme a:

Centro Cuidar: La organización del Centro Cuidar se compone de tres grandes “abordajes”: el socioeducativo (orientado a las primeras y segundas infancias, a las juventudes y adultos mayores), el abordaje educativo, y el abordaje de situaciones (espacio de fortalecimiento familiar, atención de situaciones espontáneas, asesoramiento legal, entrega de cajas, entre otras cosas).

Esta institución municipal ofrece propuestas a cargo de educadoras y educadores, en las que se despliegan situaciones que llevan implícitas acciones formativas, constituyéndose en espacios de intercambio, comunicación y vínculos, potenciando el desarrollo de las personas del barrio. Funciona como una referencia cercana para las familias y un lugar al que pueden acudir para consultar o buscar acompañamiento frente a diversas situaciones. En esta institución se trabaja de manera interdisciplinaria, ya que los diferentes trabajadores del Centro de Salud aportan una mirada profesional para llevar adelante mejora la organización y la atención del efector de salud.

Muchos de los cursos que se dan en esta institución, como mencionaba anteriormente, dejar por fuera a muchas personas del barrio. A mi parecer esta institución podría proveer una mayor contención y funcionar como una red de anclaje en el barrio.

El centro cuidar y la Agencia de Prevención del Consumo de Drogas y Tratamiento Integral de las Adicciones (APRECOD) son instituciones que necesitan adaptarse a los nuevos funcionamientos, las nuevas poblaciones y sus necesidades.

¿Cómo sería posible abordar desde APS las complejidades actuales sobre el crecimiento en los consumos problemáticos?

Desde mi experiencia en el centro de salud, puedo decir que lo principal es que se necesita una institución capacitada para albergar por cierto tiempo a usuarios de la APS con consumo problemático, generando contención y acompañamiento en sus procesos con personal capacitado e idóneo.

Actualmente todo el circuito establecido para trabajar e intervenir sobre esta problemática es muy impersonal; solo se realiza contacto por correo y se asignan turnos muy específicos donde no se tienen en cuenta los contextos y las situaciones particulares que atraviesan los usuarios de APS. La inmediatez con la que muchas veces se necesitan respuestas concretas y efectivas para abordar situaciones extremadamente complejas no se está logrando.

Es necesario que a nivel estatal se implementen capacitaciones sobre consumo para el personal de salud. Esto es de suma importancia, ya que, con los recursos disponibles y las grandes complejidades en el territorio, se necesitan conocimientos específicos para saber cómo abordar estas situaciones, sus consecuencias, riesgos y dificultades.

Desde mi opinión, apelar a un abordaje abstencionista sin contar con casi ninguna institución capacitada para brindar la contención necesaria hace muy difícil obtener resultados favorables.

Hoy, a través de grandes capacitaciones a nivel estatal con enfoques reduccionistas de daños, se podría, desde mi experiencia en el campo, brindar un acompañamiento efectivo y ofrecer respuestas reales a los usuarios.

Al generar estos abordajes, es fundamental tener presente que en barrios de menos recursos las sustancias consumidas suelen ser de muy mala calidad y nocivas para la salud de quienes las utilizan. El impacto físico que cause una droga ilícita variará según la forma en que se consume, generando consecuencias muy diferentes en la salud del usuario.

Es muy importante considerar que se están tratando de dar respuestas a problemas de consumo sin un lineamiento claro en la política argentina en relación al consumo siendo esto crucial para poder abordar esta creciente problemática ya que, si no se establece una respuesta y un lineamiento eficiente del estado, cada vez será más difícil llevar a cabo intervenciones y obtener resultados efectivos.

Y en relación esto me interrogo sobre:

¿Cómo impactan las complejidades en el territorio el abordaje del consumo?

El consumo problemático de sustancias psicoactivas es un problema complejo que requiere un abordaje integral y coordinado por parte de diferentes actores sociales y sanitarios.

En Argentina, la APS juega un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento de este problema, trabajando en colaboración con otras instituciones y la comunidad en su conjunto. Sin embargo, aún existen desafíos en la implementación de políticas efectivas y en la asignación de recursos adecuados para enfrentar este problema de manera sostenible y equitativa debido a las grandes complejidades en el territorio.

Hoy en día, nos encontramos con un escenario barrial muy complejo, atravesado por las sustancias ilícitas, el narcotráfico, condiciones precarias en las que viven los usuarios del barrio, así como la pérdida de la dimensión de territorialidad en el campo.

Hay que tener muy presente que los jóvenes están desafiándose de las instituciones que antes generaban niveles de sociabilidad importantes, como la familia, la escuela o la iglesia. Ese lugar que ocupaban muchas instituciones del Estado ya no lo ocupan.

Estas nuevas dimensiones territoriales dieron paso a nuevas instituciones transitables, como por ejemplo, en el barrio “La Esperanza” es el Centro Cuidar, pero también dieron paso a otros circuitos que desplazaron a los antiguos, incluyendo circuitos muy nocivos e instituciones narco-delictivas.

No podemos dejar de lado, tal como nos dice Natalia Hernández Mary (2020) en su texto, que “la desigualdad abarca ámbitos materiales e inmateriales, provocando procesos sociopolíticos y culturales que desafían construcciones de sociedades justas, que ponen en el centro la promoción, garantía y defensa de los Derechos Humanos”. “Es así como las condiciones contextuales se van conformando como escenarios clave para la emergencia de fenómenos sociales de alta complejidad. Visualizamos procesos de vulneración, injusticias, pobreza, discriminación y exclusión, entre otros” (Hernández Mary, p. 2; 2020).

Asimismo, las personas que buscan salir de estos círculos delictivos y acceder al dinero por vías dignas de trabajo se encuentran, como nos dice Gabriel Kessler (2012), con una gran estigmatización territorial, entendiendo que ciertos espacios quedan asociados a características netamente negativas, plagados de estereotipos y prejuicios que deshabilitan social y políticamente a la población, generando que muchas personas sean completamente precarizadas o se les niegue la posibilidad de realizar trabajos por pertenecer a estos barrios populares. Desde mi parecer, es algo que no se toma en cuenta hoy en día, y es necesario

problematizarlo, ya que, aunque no parezca, esto termina impactando en la adhesión de personas a estos círculos delictivos, afectando gravemente al consumo y venta de estupefacientes en nuestra sociedad.

Estos círculos delictivos se aprovechan de las grandes vulneraciones que enfrenta nuestra sociedad, centrando su actividad, como nos dice Javier Bertagni (2016), “en esos sectores castigados por la ausencia de oportunidades”. Además, “las poblaciones en condiciones de pobreza, a raíz de una ausencia de economías inclusivas y participativas, son objeto para la implementación de economías alternas delictivas e ilegales. También para la aplicación de medidas punitivas y represivas del Estado, así como para la discriminación y estigmatización al homologar la pobreza con las prácticas de narcotráfico. Principalmente, se persigue a los niños y jóvenes que son insertados en esta red en las prácticas de mayor exposición y violencia. Así mismo, son los que mayormente apresa el Estado” (Bertagni, 2016).

Al centrarse en estos sectores de la sociedad, generan lo que ellos llaman “soldaditos”, personas desde muy temprana edad a quienes hacen “pertener”, obligándolos a vender estas sustancias para ellos, y en la mayoría de los casos, también a consumirlas, generando así una gran dependencia a estos círculos delictivos.

Estos grupos no diferencian entre edades; si pueden generarles un ingreso y un beneficio, los integran a sus bandas narcodelictivas, sin importarles las consecuencias y lo nocivo que sea para estos jóvenes.

En nuestro contexto actual, estos círculos delictivos saben dónde asentarse y cómo aprovechar las miserias y complejidades de las personas. Muchas veces pensamos que el narcotráfico está dirigido por personas de los barrios más pobres y vulnerables, pero muchas veces no es así. Las personas que llevan adelante estos círculos delictivos se encuentran alejadas de estos barrios y viven en condiciones mucho mejores, sin importarles las consecuencias que esto genere en los habitantes de los barrios.

A estas personas no les importan si la gente pierde su vida por vender sustancias de muy mala calidad mezclada con un sinfín de sustancias sumamente peligrosas para agrandar su volumen, no les importa las vidas que afecten si a ellos les genera una retribución monetaria.

A mi parecer es de suma importancia mencionar que lo que vemos en las noticias o lo que la gente cree que sabe sobre el narcotráfico en Rosario en solo la punta del ICE BEAR ya que hay muchísimas más complejidades de las que se muestra o son de conocimiento.

Hoy como sociedad necesitamos sacarnos los lentes de los prejuicios y ver lo que hay detrás de estas personas, sus complejidades y sus vivencias. Sin olvidarnos que son personas que tienen los mismos derechos que cualquier otra y tener muy en claro que, sus condiciones vulnerables no los hacen valer menos.

Solo se pueden vivenciar la realidad tan compleja en la que se encuentran estando en territorio, trabajando en los barrios y estar con estas personas que terminan siendo víctimas de estas asociaciones ilícitas.

Jamás nos tenemos que olvidar que una gran cantidad de las personas que viven en los barrios populares son una víctima más de este sistema tan complejo y corrupto en el que nos encontramos hoy, el narcotráfico.

Reflexiones

Para cerrar este trabajo, propongo una intervención que, desde mi perspectiva, mejoraría significativamente la intervención sobre problemáticas tan complejas como el consumo problemático en la atención primaria de la salud, teniendo en cuenta las complejidades territoriales y el contexto socioeconómico del país.

El consumo problemático de sustancias representa un desafío significativo para la salud pública y el bienestar social en la Argentina actual. Para abordar este problema de manera efectiva, es necesario adoptar un enfoque integral que tenga en cuenta las causas subyacentes, las consecuencias, los riesgos y las posibles estrategias de intervención.

Para lograrlo se requiere una mayor coordinación entre los diferentes actores del sistema de salud, así como un compromiso político y social para promover políticas y programas efectivos de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de sustancias. Solo a través de un esfuerzo conjunto y sostenido se podrá mitigar el impacto del consumo problemático y promover una sociedad más saludable y equitativa en Argentina.

Desde mi opinión, se necesita generar un dispositivo. Para hablar de dispositivos, primero necesitamos entenderlos. Por eso retomo a García Fanlo (2011), recuperando a Foucault, Deleuze y Agamben, que me permitirá interpretar y analizar de manera más adecuada este dispositivo. Nos dicen que “por dispositivo se entiende una especie de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función principal la de responder a una urgencia” (Fanlo, 2011, p. 1).

“Uno de los equívocos más generalizados que existen con relación al uso que Michel Foucault le asigna al término dispositivo consiste en utilizarlo como sinónimo de institución. Sin embargo, de una lectura atenta de los textos foucaultianos se deduce claramente que lo que define al dispositivo es la relación o red de saber/poder en la que se inscriben la escuela, el cuartel, convento, hospital, cárcel, fábrica, y no cada uno de ellos en forma separada. Un

dispositivo sería, entonces, una relación entre distintos componentes o elementos institucionales que también incluiría los discursos, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morales y/o filantrópicos que circulan dentro de dicha relación; específicamente Foucault aclara que 'el dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos'" (Fanlo, 2011, p. 2).

De este modo, también hablaré del trabajo social, sus intervenciones y la importancia de la interdisciplinariedad, que permite el correcto funcionamiento de este dispositivo, ya que cada una de estas profesiones tiene herramientas diferentes para aportar al trabajo en equipo, permitiendo así un enfoque más integral.

Dispositivo Presente

La propuesta de este dispositivo se centra en generar un espacio interinstitucional de contención, reflexión y acompañamiento centrado en jóvenes que se encuentran atravesando un consumo problemático. Este dispositivo está pensado para trabajar en conjunto con los Centros Cuidar y los centros de salud barriales, ubicados aledaños a estas instituciones. Es de suma importancia que estos dispositivos se encuentren en los espacios territoriales donde se abordan las demandas, permitiendo la cercanía del dispositivo a los usuarios, para que realmente lleguen a él.

Hoy en día, la mayoría de las instituciones que abordan el consumo problemático se encuentran alejadas de los territorios, lo que hace que, al concretar entrevistas o encuentros en dichas instituciones, las personas no lleguen, como mencione a lo largo de este trabajo.

Debemos tener muy presente que, frente a un escenario tan complejo, cuanto mayor sea la cercanía de este dispositivo, mayores serán las posibilidades de que los jóvenes realmente lleguen, generando así un gran trabajo interdisciplinario e interinstitucional de todas las instituciones barriales.

Es necesario poner en la agenda política la importancia de abordar las grandes complejidades del consumo problemático. Es de suma importancia visibilizar la necesidad de una reforma y una mirada urgente del Estado sobre las problemáticas de consumo, no solo para los jóvenes, sino para toda la población que se encuentra en esta situación.

Para finalizar este trabajo y mi trayectoria en esta increíble carrera, creo que es necesario reflexionar y pensar en la salud como un Derecho Humano, y en el trabajo social como una profesión dentro de este ámbito.

El contexto en el que nos encontramos hoy, tanto la falta de recursos como instituciones que no están equipadas para abordar el consumo problemático genera que no se esté garantizando el derecho a la salud, donde el acceso queda reducido a personas que se encuentran en una posición económica estable, pudiendo así acceder al ámbito privado y obtener respuestas inmediatas.

Por esta razón, es de suma importancia y necesario que se realice un enfoque en proveer recursos económicos y capacitaciones aptas para los profesionales de las instituciones de Atención Primaria de la Salud, porque perder el derecho a la salud es el primer paso hacia un gran deterioro de las condiciones de vida y vulneración de los derechos.

En el corazón de nuestra sociedad contemporánea, el consumo problemático se erige como un fenómeno complejo que trasciende las barreras físicas y psicológicas, afectando la vida de individuos y comunidades en múltiples niveles. En el contexto específico de la APS, esta problemática adquiere una importancia aún mayor, pues es en estos espacios donde se gesta el primer encuentro entre el usuario y el sistema de salud.

Explorar las complejidades del consumo problemático en la APS es adentrarse en un laberinto de desafíos y oportunidades, donde convergen factores médicos, psicosociales, políticos, institucionales, barriales, culturales y económicos. Es reconocer que detrás de cada caso hay una historia única, marcada por experiencias personales, vivencias, contextos sociales, problemáticas y sistemas de apoyo, o la falta de ellos.

En este contexto, es fundamental cuestionar nuestras percepciones y prácticas establecidas. Comprometernos a no tener una intervención rutinaria y repetitiva, desafiando los estigmas y prejuicios que a menudo rodean al consumo problemático. Es abrir espacio para el diálogo interdisciplinario y la colaboración entre profesionales de la salud, trabajadores sociales, psicólogos y otros actores clave, en busca de soluciones innovadoras y centradas en la persona que se adapten a las complejidades que enfrentamos hoy en los espacios de trabajo, generando así respuestas capaces de proporcionar soluciones a los usuarios de los centros de salud.

Al enfrentarnos a esta realidad, no podemos obviar las dimensiones éticas, políticas, territoriales y económicas que subyacen al consumo problemático y su abordaje en la APS.

Es necesario reflexionar sobre el acceso equitativo a los servicios de salud, la distribución de recursos y la responsabilidad colectiva en la promoción de la salud y la prevención de daños.

En última instancia, al adentrarnos en las complejidades del consumo problemático en la APS, no solo nos enfrentamos a un desafío clínico, sino que también nos encontramos con una oportunidad única para promover la justicia social, la dignidad humana y el bienestar integral de quienes más lo necesitan.

Por esta razón, desarrollé mi TIF sobre esta problemática y expongo lo necesario que es un dispositivo en territorio para trabajar esta problemática que, aunque hace años existe, hoy se encuentra en completo crecimiento.

Bibliografía

- Arrieta y Gurvich (2017). “Un libro Sobre Drogas”. El Gato y la Caja. Cap. 1.
- Ana Ariovich y María Crojethovic (2015). La Fragmentación Institucional y la Potencialidad de las Redes de Servicios de Salud. Un aporte para su análisis. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Acuña, C. H., & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina (Documento 60). Universidad de San Andrés y Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad.
- Agencia de Prevención y Abordajes de Consumos Problemáticos. (n.d.). Agencia de Prevención y Abordajes de Consumos Problemáticos. Municipalidad de Rosario. Recuperado de :<https://www.rosario.gob.ar/inicio/agencia-de-prevencion-y-abordajes-de-consumos-problematicos>
- Benedetti Edith (2015). “Hacia un pensamiento clínico acerca del consumo problemático”. Ediciones Licenciada Bonaparte.
- Bertagni José Javier (2016). “Las drogas” y “el Narcotráfico”. Dispositivos del capitalismo y de disciplinamiento global. Margen ,80,1-4
- Bertolotto, A., Fuks, A., & Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. Saúde em Debate

- Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención primaria de la salud: una reflexión desde las ciencias sociales. Salud y Población
- Damin Carlos (2016).” consumo problemático de sustancias psicoactivas”. SEDRONAR
- Datos Rosario. (s.f.) Red de salud. Recuperado de <https://datos.rosario.gob.ar/salud/red-de-salud>
- Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes de Santa Fe (2018). “Aportes sobre consumo problemático de sustancia psicoactivas para una política integral”. Publicado en Campus Educativo de la Provincia de Santa Fe. Disponible en: <https://www.defensorianna.gob.ar/archivos/informe-consumo.pdf>
- Follari Roberto (1992). “Apuntes Seminario Epistemología”. Facultad de Ciencias de la Educación. UNER.
- Freud, Sigmund. (1996). El malestar en la cultura. En Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu
- García Fanlo, Luis. (2011). ¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Dalease, Agamben. APart
- Gobierno de la Provincia de Santa Fe. (s.f.). Red de atención en salud. Gobierno de Santa Fe. Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114560>
- Hernández Mary, N.(2020). Dispositivos de intervención desde una mirada rizomática. Una posibilidad desde el Trabajo Social Crítico.
- Kleba Teresa y Simone Lolatto (2013). “Políticas Publicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social”.

- Ley Nacional 26.061 (2005). Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>
- Ley Nacional 22.431(1981) .Ley Nacional de Promoción y Protección de los Derechos de los Discapacitados. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/texto>
- Ley Nacional 26.742 (2012). Ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>
- Ley Nacional 27.610 (2020). Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ley-no-27610-acceso-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-ive-obligatoriedad-de-brindar>
- Ley N.º 23.737 (1989). Ley de estupefacientes. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23737-138/actualizacion>
- Ley N.º 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Marco legal y enfoque santafesino de la atención primaria de la salud (APS). 2007. Referencia en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC072846.pdf>
- Municipalidad de Rosario. (2023). Agencia de prevención y abordajes de consumos problemáticos. Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/inicio/agencia-de-prevencion-y-abordajes-de-consumos-problematicos>

- Organización Mundial de la Salud
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=La%20APS%20hunde%20sus%20ra%C3%ADces,todo%20ser%20humano%20sin%20distinciones>
- OMS y UNICEF. (2020). A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs.
- Sautu, Ruth (2005). “Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales”.
- Stolkiner, Alicia; (2005). “Interdisciplina y Salud Mental”.
- Stolkiner, Alicia; (1987). “De Interdisciplinas e Indisciplinas
- Tobar, F (2012).” Breve historia del sistema argentino de salud” En: GARAY, O (Coordinador) “Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal”. Buenos Aires. La Editorial La Ley. 2012
- Zamanillo, Martín. “La responsabilidad política del Trabajo Social”. 2011.