



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Ana M. Eggimann

[anaeggimann@hotmail.com](mailto:anaeggimann@hotmail.com)

Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud mental: la perspectiva de los trabajadores de atención primaria de salud del distrito noroeste del municipio de Rosario

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

**Director de Tesis**

Hugo Alazraqui

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.174005>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Eggimann, A. (2015). *Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud mental: la perspectiva de los trabajadores de atención primaria de salud del distrito noroeste del municipio de Rosario* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de

[http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Eggimann\\_A\\_Atencion\\_2015.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/Eggimann_A_Atencion_2015.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)

[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)

[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)



Universidad Nacional de Lanús  
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud  
11º Cohorte (2008 – 2010)  
Tesis para la obtención del título de Magíster

Título: “Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del Municipio de Rosario”.

Autora: Mag. Ana M. Eggimann

Director: Dr. Hugo Alazraqui

Fecha de Entrega

Julio 2015

Lanús Argentina

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Universidad Nacional de Lanús  
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

11º Cohorte (2008 – 2010)

Tesis para la obtención del título de Magíster

Título: "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del Municipio de Rosario".

Autora: Mag. Ana M. Eggimann

Director: Dr. Hugo Alazraqui

Fecha de Entrega

Julio 2015

Lanús Argentina

Integrantes del Jurado

Mgr. Ma Pía Pawlowicz

Dr. Pablo Francisco Di Leo

Dr. Daniel Rodriguez

Fecha de Aprobación 05/11/2015

Calificación

9 puntos, Distinguido

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

A todos aquellos que de algún modo han hecho posible la realización de esta investigación, en especial a los trabajadores de salud que buscan el sentido de lo que hacen en la tarea de todos los días.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## RESUMEN

El presente trabajo propone analizar las características que presenta la atención de los sujetos con uso problemático de drogas en los centros de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario e identificar, desde la perspectiva de los trabajadores, las oportunidades y dificultades que ellos encuentran en el abordaje de la problemática a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Se trata de un estudio descriptivo de tipo cualitativo. Para la recolección de los datos se aplica una entrevista semi estructurada a trabajadores del equipo de salud de tres centros de atención primaria correspondientes a dicho Distrito. El objetivo del trabajo es conocer la perspectiva de los trabajadores del sector y su posicionamiento frente a la problemática del uso de drogas desde un enfoque de Derechos en Salud.

Palabras claves: Ley Nacional de Salud Mental; Uso problemático de drogas, Enfoque de Derechos, Atención Primaria de Salud

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario".[Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## ABSTRACT

This paper aims to analyze the characteristics presented attention of those with problematic drug use in primary care centers of Northwest Health District Municipality of Rosario and identify , from the perspective of workers, the opportunities and challenges they in addressing the problem from the sanction of the National Mental Health Act No. 26,657. This is a descriptive qualitative study. For data collection a semi structured health team workers three primary care centers corresponding to said District applies. The aim of the study was to determine the perspective of workers in the sector and its positioning in the problem of drug use from the perspective of the Right to Health.

Keywords: National Mental Health Act; Problematic drug use rights approach, Primary Health Care

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Mapa ciudad de Rosario, descentralización por distritos	pág.39
Figura 2. Mapa ubicación geográfica Centro de Salud Emaús	pág.40
Figura 3. Mapa ubicación Centro de Salud Roque Coullin	pág.41
Figura 4. Mapa ubicación Centro de Salud Juana Azurduy	pág.42

## CONTENIDO

### 1. INTRODUCCIÓN

<i>1.1 Propósito</i>	<b>9</b>
<i>1.2 Planteo del problema</i>	<b>10</b>
<i>1.3 Pregunta</i>	<b>11</b>
<i>1.4 Hipótesis</i>	<b>11</b>
<i>1.5 Fundamentación</i>	<b>12</b>

### 2. DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

<i>2.1 Marco Teórico</i>	<b>14</b>
<i>2.2 Estado del Arte</i>	<b>24</b>
<b>2.2.1 Acerca de la implementación de la Ley de Salud Mental</b>	<b>24</b>
<b>2.2.2 Procesos de atención desde la perspectiva del trabajo en salud</b>	<b>27</b>
<b>2.2.3 Políticas Públicas e Instituciones Públicas de Salud</b>	<b>29</b>
<b>2.2.4 La accesibilidad en Salud Mental</b>	<b>31</b>
<b>2.2.5 El Contexto y las Prácticas en Salud Mental</b>	<b>36</b>
<i>2.3 Objetivos</i>	<b>38</b>
<b>2.3.1 General</b>	<b>38</b>
<b>2.3.2 Específicos</b>	<b>38</b>

### 3. DIMENSIÓN DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

<i>3.1 Metodología</i>	<b>39</b>
<i>3.2 Universo</i>	<b>44</b>

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario".[Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<i>3.3 Criterio de selección de la muestra</i>	<b>44</b>
--	-----------

#### **4. DIMENSIÓN DE LAS TÉCNICAS Y ANÁLISIS**

<i>4.1 La aplicación de la entrevista como instrumento</i>	<b>46</b>
--	-----------

<i>4.2 Construcción y análisis de las categorías</i>	<b>46</b>
--	-----------

<b>4.2.1 Categoría Acceso y Utilización de los servicios de Salud</b>	<b>47</b>
---	-----------

<b>4.2.2 Categoría Implementación de la Ley de Salud Mental como Política Pública</b>	<b>53</b>
---	-----------

<b>4.2.3 Categoría El Derecho a la Salud ¿Perspectiva del trabajador?</b>	<b>57</b>
---	-----------

<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>62</b>
------------------------	-----------

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>66</b>
-----------------------------------	-----------

<b>APÉNDICES</b>	<b>70</b>
------------------	-----------

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación ha sido realizado a los fines de cumplimentar el requisito de aprobación de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud dependiente de la Universidad Nacional de Lanús.

El lector encontrará desarrollado el trabajo en cinco puntos, cada uno de los cuales describe las diferentes dimensiones de la investigación.

En el punto I se presenta la construcción del problema de investigación y se propone la hipótesis de trabajo.

En el punto II se desarrolla el marco teórico en el que se toma posición frente a los conceptos fundamentales y se describe el estado del arte del tema de investigación.

El punto III desarrolla la dimensión metodológica y la estrategia para el trabajo de campo.

El punto IV muestra el análisis de la información recogida a través de las técnicas utilizadas.

En el punto V se presentan las conclusiones de la investigación.

### 1.1 *Propósito*

El presente trabajo de investigación se propone construir información en torno a la atención de los sujetos con uso problemático de drogas desde la perspectiva de los trabajadores de los centros de salud del Distrito Noroeste del Municipio de Rosario<sup>1</sup>, contribuyendo a la reflexión del trabajo en salud/salud mental, en el contexto de las condiciones actuales que atraviesan los equipos y a partir del nuevo marco legislativo con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (1). Asimismo se propone identificar oportunidades y/o dificultades que encuentran los trabajadores de salud para el abordaje de la problemática desde una perspectiva de Derechos en Salud.

---

<sup>1</sup>El Municipio de Rosario, para su administración y gestión, se encuentra descentralizado en seis Centros Municipales de Distrito (CMD): Norte, Noroeste, Centro, Oeste, Sudoeste, Sur.

## *1.2 Planteo del problema*

El campo de la salud presenta una estructura de servicios, herramientas y técnicas que ha operado de manera hegemónica sobre los sujetos con uso problemático de drogas, estigmatizando el consumo y produciendo su alejamiento de los servicios. El sector salud ha generado por un lado significaciones asociadas al padecimiento subjetivo y su intervención, y por otro el rechazo y exclusión de estos sujetos mediante prácticas ligadas a lo punible, caracterizadas por la estigmatización y criminalización del consumo. El rechazo y la peligrosidad han configurado, entre otras cosas, un elemento de exclusión y marginación de estos sujetos en la utilización de los servicios de salud. (2)

El enfoque de derechos en salud y en particular en salud mental, permite reflexionar críticamente sobre la estigmatización de los sujetos con uso problemático de drogas, que han sido sometidos al cumplimiento de medidas curativas o encierro en nombre de la rehabilitación por su padecimiento. La Ley Nacional de Salud Mental expresa un cambio de paradigma en tanto plantea una nueva concepción, acompañada de un nuevo modelo de atención, con nuevos servicios y nuevas prácticas, ejercidas por equipos interdisciplinarios, centrados en ofrecer tratamiento fuera de los hospitales monovalentes, en servicios comunitarios, teniendo a la internación, siempre lo más breve posible, como último recurso y promoviendo la autonomía de quienes son atendidos en estos servicios. Esto hace posible transformar la lógica de intervención en torno al consumo problemático de drogas, ya no desde una sanción, sino desde prácticas inclusivas que, como trabajadores, hemos de desarrollar en nuestro quehacer cotidiano.

Sin embargo, las significaciones asociadas a la población con consumos problemáticos de drogas ponen en tensión el posicionamiento de los trabajadores de salud, que por un lado despliegan su saber técnico y por otro repliegan las prácticas y la responsabilidad en el proceso de atención. La implementación de la Ley requiere de definiciones que acompañen al trabajador en su quehacer cotidiano.

Actualmente la práctica en salud/salud mental no puede permanecer distante, aséptica, con respecto a las condiciones de vida y supervivencia e identidades que se ponen en juego en

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

escenarios de exclusión social. Allí anclan los centros de salud y, desde una lógica poblacional, asumen la responsabilidad de los procesos de atención en salud de la población destinataria.(3)

En la actualidad las condiciones de trabajo que atraviesa el sector salud en el ámbito de la atención primaria está alejada de los postulados que propone la Ley al punto de considerar que quien asume su rol en un equipo de atención en salud está amenazado en el territorio por quienes son al mismo tiempo los destinatarios de su labor. Así el dispositivo hegemónico de atención individual en consultorio aparece nuevamente como la garantía del trabajador ¿Cómo intervenir en salud/salud mental con una población que al mismo tiempo que destinataria es considerada, desde el equipo que debe intervenir, como amenazante y peligrosa por su propio padecimiento?

### *1.3 Pregunta*

¿Qué característica presenta la atención de los sujetos con uso problemático de drogas que concurren a los centros de Atención primaria de Salud del Distrito Noroeste del Municipio de Rosario, desde la perspectiva de los trabajadores y en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental?

### *1.4 Hipótesis*

La atención de los sujetos con uso problemático de drogas produce en los trabajadores de salud significaciones asociadas con la peligrosidad que impactan en la organización de los servicios y en las prácticas que los equipos asumen en torno al abordaje de la problemática. Así, las intervenciones suelen reducirse a aspectos biomédicos y/o psicológicos en un plano individual, limitando aquellos dispositivos que asuman la dimensión social y cultural del problema. Esta lógica en la intervención otorga a los trabajadores la facultad de mantener distancia frente a las trayectorias personales, sociales y culturales que sitúan a estos sujetos en su padecimiento.

## 1.5 Fundamentación

"La sospecha y la desconfianza estructuran los vínculos entre las instituciones estatales y de salud en particular y los usuarios/as de drogas de éstas poblaciones" (Epele 2007)

La complejidad de los problemas de salud involucra aspectos de la vida de las personas que exceden el marco disciplinar en el que los diferentes trabajadores desarrollan sus prácticas. La organización de los servicios de salud suele quedar entrampada en garantizar la oferta sin incluir muchas veces las necesidades de los sujetos que utilizan dichos servicios. Esta dimensión social de los problemas de salud suele percibirse, del lado de los trabajadores, como un obstáculo, lo cual puede configurar un desencuentro que deja al sujeto en situación de exclusión en salud. Ésta se define como "La falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan" (4 p.136). Se trata de un fenómeno que involucra al sector de la salud y lo trasciende.

El enfoque de derechos en torno a la utilización de los servicios permite reflexionar críticamente sobre la asimetría de poder que se presenta entre el profesional de la salud y el paciente contribuyendo a identificar los elementos que intervienen en el proceso de atención y cuidados en salud. En la atención de la salud mental, en particular en la población con uso problemático de drogas, se pueden identificar modos de intervención que refuerzan viejas prácticas ligadas a una lógica manicomial, es decir, a la necesidad de separación y

estigmatización asociada con la peligrosidad de estos sujetos. Estos modos de intervenir generan dispositivos tranquilizadores para los trabajadores de salud como la internación y/o medicalización, los cuales suelen reproducir aspectos ligados a la estigmatización y criminalización de los sujetos. Es por eso que se hace necesario pensar en acciones integrales de salud que subviertan estas lógicas segregativas y estigmatizantes en torno a los sujetos y su padecimiento.

La Ley Nacional de Salud Mental promulgada en diciembre de 2010 establece en su artículo 4° "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud."(2, p.13) Este nuevo marco normativo exige por un lado el replanteo y revisión de los dispositivos existentes y por otro pone en tensión aspectos que necesariamente deben acompañar el cambio de paradigma y que están vinculados a la despenalización de la tenencia de drogas para su consumo.<sup>2</sup> (5)

El escenario actual, con los avances en materia legislativa, otorga relevancia al tema en estudio dado que permite la revisión crítica de los dispositivos, del rol de los trabajadores de salud y de las políticas implementadas para el abordaje de la problemática del uso de drogas. Pese a disponer de áreas territoriales de responsabilidad sanitarias los centros de atención primaria no suelen profundizar en un mayor conocimiento de las condiciones socio sanitarias de los grupos que las habitan, ni en los resultados de las condiciones de salud de la población que deviene de sus intervenciones. La incorporación de los análisis de situación, como instrumento clave para vincular las condiciones de vida de los grupos sociales con los problemas prioritarios de salud mental, y las estrategias de resolución, contribuirían favorablemente a la producción de conocimiento y tendrían implicancias directas en la equidad de las prácticas sanitarias. En lo personal, el análisis e investigación del tema, se constituye como insumo y aporte a mi trabajo y estudio en Salud Pública.

---

<sup>2</sup> Reforma de la ley de estupefacientes n° 23.737

## 2. DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

### 2.1 Marco Teórico

"La estigmatización produce grupos de personas que ven condicionado su ejercicio de ciudadanía al negársele el cumplimiento de derechos tales como el derecho a la salud. Uno de estos grupos lo configuran los usuarios de drogas y los drogadependientes"  
(Vázquez, Stolkiner 2009)

La perspectiva teórica asumida para el desarrollo del marco conceptual de la investigación corresponde al enfoque de derechos en salud e incluye un número de derechos relacionados con la discriminación, la autonomía, información, educación y participación. Desde el campo profesional, las estrategias de intervención constituyen un modo de vehicular los derechos sociales de la población que se asiste en el sistema de salud. Estos derechos además están relacionados con la libertad de elección, la identidad cultural y la participación en el desarrollo de las políticas públicas. La perspectiva de derechos en salud señala a éste como un componente inalienable de la dignidad humana ya que se trata de un bien en sí mismo que no requiere justificación, es decir, todas las personas, por el hecho de existir tienen derecho a la salud (6). Este concepto se enmarca en el derecho a la salud como derecho humano fundamental e involucra los procesos de reforma en salud que se desarrollaron a lo largo de los últimos treinta años. Estos procesos también se dieron en el campo de la salud mental con la propuesta de modificación de prácticas asilares hacia dispositivos en escenarios comunitarios dentro de la estrategia de atención primaria.

La definición que propone Alma Ata (7) como Atención Primaria de Salud (APS) sostiene cuatro principios clave: Universalidad en el acceso a los servicios, Equidad en la atención ante diferentes necesidades; Integralidad en los problemas de salud, y Continuidad en los procesos de atención. Con la Declaración de Caracas en 1990 (8) fue posible pensar estos principios también en la salud mental y proponer la descentralización de la atención del hospital psiquiátrico hacia los centros de salud a través de la estrategia de Atención Primaria. Tanto

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Alma Ata como Caracas asumen la integralidad en la atención y la no estigmatización en pos de la accesibilidad en salud. Proponen para ello un enfoque de base comunitaria, lo cual requiere una reorganización total de los servicios que hoy funcionan como dispositivos de consultorio externo en la atención individual, para centrarse en la comunidad, en la población y construir, junto a las familias, las estrategias en salud. Desde esta perspectiva se hace necesario integrar la salud mental en las acciones de salud, evitando su fragmentación. El abordaje debe darse en un espacio social más amplio y complejo el cual requiere de un accionar acorde a un conjunto de leyes, normativas y acuerdos internacionales que definen un modelo a adoptar desde la perspectiva de protección y defensa de los derechos humanos.<sup>3</sup>

La legislación ha de ser complementaria de las políticas, planes y programas de salud mental y así proteger los derechos de las personas con padecimiento mental tanto en las instituciones como en la comunidad. Se debe incorporar en la legislación la protección de los derechos humanos tal como se establecen en los acuerdos y documentos internacionales. Uno de los factores que ha permitido colocar en agenda cuestiones ligadas a la reforma de los servicios de salud mental son las recomendaciones y demás instrumentos de carácter normativo desde la perspectiva de protección de derechos, las cuales han ido alcanzando el consenso entre las entidades e instituciones que brindan asistencia para avanzar sobre la legislación que garantice el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento con políticas de inclusión de las personas con padecimiento mental. (9)

Al respecto el Ministerio de Salud de la Nación propone, entre otros instrumentos de carácter internacional, una resolución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), referida a "Estrategias sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la Salud Pública" (10); en la que insta a los Estados miembro a "señalar el consumo de sustancias como una prioridad de Salud Pública y a adoptar planes para enfrentar el problema del consumo." Al respecto recomienda considerar que los problemas relacionados con las sustancias son el resultado de los determinantes sociales en salud, para lo cual es necesario implementar mayor protección social, accesibilidad a los servicios de salud, promoviendo la universalidad y equidad para el tratamiento del consumo de sustancias en los servicios de atención primaria. Asimismo propone el fortalecimiento del marco jurídico en pos de los derechos humanos de las personas con

---

<sup>3</sup> Instrumentos y principios internacionales en materia de salud y derechos humanos, como los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991), la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la Declaración de Caracas de la OPS OMS(1990).

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

trastornos debido al consumo de sustancias a fin de reducir su estigmatización y criminalización. Para esto es necesario promover la participación de la comunidad en la formulación de políticas en torno a la prevención y tratamiento como así también la formación del recurso humano para su asistencia en los servicios de salud. (10)

Cumplir con estos requerimientos de reforma implica el desarrollo de una política pública destinada al mejoramiento de la salud comunitaria que pueda asumir problemáticas actuales como las adicciones superando falsas antinomias como mente-cuerpo, individuo-sociedad, normal-patológico (11). La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ha sido sancionada en un contexto de tensión entre estos paradigmas que coexisten en la actualidad, por lo que se hace necesario avanzar en los procesos que impulsan las transformaciones y reflexionar acerca de las dificultades para su implementación. El nuevo paradigma enfrenta como materia pendiente la Ley 23.737 que penaliza la tenencia para consumo y obliga a la medida curativa a estos sujetos (12).

El eje central de la Ley de Salud Mental está dado en torno al modelo de atención, proponiendo abordajes interdisciplinarios e intersectoriales basados en los principios de atención primaria de la salud, donde la internación constituye un "recurso terapéutico restrictivo sólo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario y social." (2 art. 14)

La prohibición de nuevos hospitales monovalentes de internación apunta a integrar definitivamente la atención de la salud mental en el sistema de salud. Por ello es imprescindible la creación de dispositivos que posibiliten la alternativa a la internación monovalente y constituya así un apoyo para los equipos que quedan desprovistos de herramientas de intervención. Esto permitiría avanzar sobre algunas resistencias desde ambos sectores: los que forman parte de las instituciones y los que deberían recibir de ahora en más a los sujetos en los servicios. (12)

Entre las problemáticas que afectan al colectivo social de las personas con padecimiento mental podemos considerar algunos puntos de intersección entre Salud Mental y Derechos Humanos, a saber: Por un lado las internaciones por períodos terapéuticos indeterminados expresan las falencias históricas de las políticas públicas de salud como así también las carencias de los servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Asimismo es posible señalar la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales que se involucran en temas de salud determinando formas de intervención que, lejos de perseguir un fin de cuidados y atención en salud, terminan reforzando lógicas segregativas y estigmatizantes. Otro de los puntos a señalar en el marco de la salud mental desde una perspectiva de derechos corresponde a la elevada medicalización farmacológica como respuesta automática a los diversos cuadros nosológicos. (12)

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 otorga un reconocimiento explícito de los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico. Entre ellos se reconoce el derecho a conocer y preservar su identidad y sus grupos de pertenencia y recibir tratamiento con la alternativa terapéutica que menos restrinja sus libertades promoviendo la integración laboral, familiar y comunitaria. Este nuevo paradigma pone en tensión reformas pendientes para avanzar en el enfoque de derechos como son la reforma a la ley 23.737 que considera la tenencia de droga para consumo un delito y su tratamiento una obligación.

Desde el punto de vista de la Criminología se sostiene con firmeza que la prohibición de los tóxicos a lo largo de todos estos años solo ha traído consecuencias altamente lesivas al primero de los derechos humanos: el derecho a la vida y a la integridad física. Al respecto Zaffaroni (13) define como tóxico de la pobreza a aquellos que producen un grave deterioro en poco tiempo, causando lesiones irreversibles que llevan a la muerte. Asimismo sostiene que asimilar a todo usuario de tóxicos como un delincuente en función de la tenencia constituye otra violación a los derechos humanos.

Lo peor que se puede hacer es fijarle la percepción desviada a través de la intervención penal y que el Juez le diga: vos sos un adicto, produciéndole el fenómeno de la estigmatización y reafirmación de la condición de adicto, lo que interfiere con cualquier terapia que se quiere hacer sobre la adicción [...] Desde el momento en que el problema del tóxico como problema de salud se saca del ámbito de la salud y se le da una definición penal, es porque no se lo quiere resolver. (13 p.6)

Desde una perspectiva antropológica, la problemática del consumo de drogas ha sido analizada por distintos autores. Romaní (14) analiza los modelos desde donde se ha construido el llamado "problema de la droga". Define como "Modelo Jurídico Represivo" a aquel que considera todo lo relacionado con la droga como delito lo cual produce no solo la criminalización de los usuarios sino además la creación de un mercado ilegal, con redes de producción y comercialización conocida como narcotráfico (14 p.44). Señala además un segundo modelo

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

desarrollado como "Modelo Médico Sanitarista" donde el lugar del "drogadicto" es el lugar del enfermo que hay que curar. Este posicionamiento liga el abordaje a la institucionalización y será definida de acuerdo a la "carrera del paciente drogadependiente a través del diagnóstico, rehabilitación y reinserción social del ex adicto" (14 p.44). El autor considera que estos dos modelos se presentan como alternativos y su articulación define las prácticas dominantes en la actualidad en el campo de las drogas. Asimismo propone un tercer modelo denominado "Sociocultural" y al respecto señala que el mismo está construido a partir de tres factores fundamentales: el individuo, la sustancia y el contexto cuyas variables serán determinadas de acuerdo a la construcción de sujeto, a la significación de sus actos, a las formas de uso de las diferentes drogas, etc. Señala que esta perspectiva posibilita profundizar en la complejidad del fenómeno, aunque no está exenta de conflictos y contradicciones. (14)

Diversas culturas y sociedades han conocido y utilizado todo tipo de sustancias con el propósito de alterar sus estados de ánimo; son variadas las formas en las que las personas o grupos las utilizan y es posible comprender el fenómeno como una práctica universal. A estas sustancias se las ha unificado bajo el concepto de droga y al respecto Romaní (15) define su uso:

Se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. (15 p.302)

El autor considera, bajo el concepto de drogadependencia al:

Conjunto de procesos en los que se interrelaciona de forma compleja un individuo, una sustancia y su contexto sociocultural. A través suyo se expresarían ciertos malestares, más o menos graves, que pueden tener causas diversas pero cuyo síntoma principal sería la organización del conjunto de la vida cotidiana alrededor del consumo, más bien compulsivo, de determinadas sustancias. (15 p.41)

Otros desarrollos propuestos desde de la Antropología de la salud permiten considerar el contexto que da cuerpo a la problemática del consumo. Al respecto Abonizio (16) analiza el fenómeno desde la complejidad generada en las últimas décadas en torno a las políticas neoliberales que atravesaron al sector salud y produjeron entre otras cosas la fragmentación de los procesos de atención agudizando la fractura en la atención de las adicciones, produciendo

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

vacíos institucionales y un divorcio entre los profesionales y los usuarios de drogas y sus familiares, lo que provocó un escenario atravesado por discursos religiosos, morales, legales que cristalizaron el problema, generando un verdadero obstáculo para la intervención(16).

Epele (17) analiza los procesos de medicalización de la pobreza, donde el consumo de drogas adquiere principal relevancia a partir de las reformas estructurales llevadas a cabo durante el neoliberalismo, y que han promovido el desarrollo de nuevas zonas de abandono y desamparo social en las que se concentran formas inéditas de vulnerabilidad social, relacionadas con una expansión del consumo de drogas, nuevas economías informales e ilegales, redefiniciones de las identidades locales y políticas de criminalización y represión. La medicalización, la vigilancia y el disciplinamiento se articulan con la rehabilitación compulsiva, la persecución, la represión y el encarcelamiento dependiendo de las políticas de salud, las estrategias de judicialización del consumo de drogas y las economías de marginación que operan en cada región.

En estos contextos sociales, la medicalización del consumo de drogas, no sólo no se puede disociar de las estrategias de criminalización y de represión, sino también continúan y profundizan la ya antigua tradición de patologización y criminalización de la pobreza. (17 p.3)

En este contexto de políticas fragmentadas en salud se sitúa el surgimiento de los espacios terapéuticos denominados Comunidades Terapéuticas o granjas, los que mostraron su máximo desarrollo y propiciaron modos de intervención en torno a la problemática que reforzaron la estigmatización de los sujetos, nombrándolos desde su consumo, bajo la clasificación unificada de "drogadicto". Al respecto y siguiendo la descripción de Menéndez (18) sobre los modelos de abordaje y su relación con las políticas de drogas, se consideran dos posiciones para el abordaje del fenómeno: El modelo prohibicionista y el modelo de reducción de daño. El modelo prohibicionista tiene como objetivo principal eliminar el consumo y producir sujetos abstemios. Considera al sujeto como adicto, dependiente de una sustancia que determina su comportamiento, lo cual genera criminalización y estigmatización de las drogas y de los diferentes actores implicados. Con respecto a esto último son los sectores más pobres, tanto en términos de usuarios como de narcomenudeo, los más perseguidos, encarcelados y criminalizados. En estos sectores se observan las mayores dificultades de acceso a los servicios de salud y sus consecuencias, dado que suelen no demandar atención en salud debido a la criminalización del consumo. Con respecto al modelo de reducción de daño señala que desde ésta perspectiva es posible impulsar cambios en la legislación en torno a la

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

despenalización del consumo. El modelo cuestiona los tratamientos médicos y las acciones en salud que tengan como objetivo la abstinencia como así también la psiquiatrización y medicalización del consumo. Este modelo propone un enfoque de derechos en torno a las acciones de salud y considera que el usuario de drogas tiene derecho a decidir si busca tratamiento o no (18).

En el campo de la salud mental el dispositivo paradigmático ha sido el hospital psiquiátrico, representando al modelo biomédico y caracterizado por el sostenimiento de prácticas individuales, orientadas a la curación y a los factores biológicos. Estas instituciones han sido descritas como instituciones totales<sup>4</sup> basadas en la lógica del encierro y la desubjetivación de las personas encerradas. En la atención a usuarios de drogas han coexistido distintos dispositivos implementados dentro de un anclaje institucional como momentos o pasos del proceso de atención. Así, la lógica de cada dispositivo se fue estableciendo de acuerdo a las características de cada institución constituyendo un soporte identificatorio para aquellos sujetos que participan en ella (19).

La reformulación de las políticas de salud desde la perspectiva de derechos se da en el marco de la transformación del modelo asilar hacia un modelo integral basado en la comunidad. El asilo desde una perspectiva histórica de la atención sanitaria ha significado por un lado el encierro y por otro el refugio. Las modalidades de asistencia de dichas instituciones han acompañado los cambios tecnológicos y científicos, como así también las representaciones que se construyen en torno a los problemas y a la población que los padece (20). Estos cambios o transformaciones no han modificado ni han alterado su función ni su lógica. La institución asilar se presenta, no sólo como una estructura física, sino como un conjunto de prácticas y saberes científicos, sociales, legislativos y jurídicos que fundamentan la existencia del aislamiento, segregación y patologización (21). La Declaración de Caracas en 1990 (8), plantea una revisión crítica del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de la salud mental y se

---

<sup>4</sup> Usamos "Institución Total" en el sentido que le da Goffman, como un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, comparten su encierro y una rutina diaria, administrada formalmente y por un período extenso de tiempo". Goffman: Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1985

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

propone la reestructuración de la atención ligándola a la estrategia de atención primaria de salud y a la capacitación de los recursos en salud mental orientado hacia un modelo de atención comunitario.

En lo que respecta a la población con uso problemático de drogas la hegemonía institucional ha sido ocupada por la Comunidad Terapéutica quien ha reproducido la lógica del encierro como modo de intervención. El modelo abstencionista o prohibicionista se ha mantenido como soporte ideológico, considerando la abstinencia como meta y la droga como causa de la enfermedad. Al respecto he desarrollado en un trabajo anterior (22) las características de estos tratamientos y cómo se reproducen las significaciones asociadas a la estigmatización y exclusión de los sujetos desde los diferentes dispositivos de abordaje. Entre las conclusiones de dicha investigación se puede señalar:

Existe una fuerte diferencia entre el "adentro y afuera" de estas instituciones. Estos lugares construyen en lo real y en lo simbólico lo permitido, lo prohibido en el hacer, en el decir y en el sentir. Son procesos construidos sobre una fuerte reglamentación, que opera con sus propias leyes y por lo tanto con su propio sistema de premios y castigos. La institución específica para el tratamiento de la drogadependencia es el soporte ideológico necesario en la construcción de identidad como adicto-ex adicto. La institución ocupa el lugar de la familia y opera desde allí propiciando nuevas formas de lazo social. El sujeto se relaciona con quien está permitido hacerlo y reproduce en sus vínculos las normas del tratamiento. Se construye una realidad controlada como condición para la recuperación. La dimensión del tiempo también opera como estigma. El ejemplo paradigmático son los grupos de Narcóticos Anónimos que proponen un programa de 12 pasos que a través de la consigna "sólo por hoy" renueva indefinidamente en el tiempo la recuperación, es decir, el tratamiento es de por vida.<sup>5</sup>

Pawlowicz (19) describe los dispositivos de atención a usuarios de drogas y considera su heterogeneidad. Sostiene que tanto un hospital psiquiátrico como un centro especializado o un grupo religioso o de autoayuda forman parte del universo y que ninguno se presenta como parte o tratamiento parcial sino que asume la totalidad en el abordaje de la problemática y la lucha por cierta hegemonía. Considera tres grupos de dispositivos según los modelos de atención. El primer grupo es el hospital psiquiátrico como eje del modelo tradicional en salud mental, el segundo grupo lo conforman las comunidades terapéuticas como aquella modalidad

---

<sup>5</sup> Narcóticos Anónimos. Texto básico. Traducción de la literatura aprobada por la confraternidad de NA.1991.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

alternativa, con una fuerte experiencia desde lo afectivo vivencial, con orientación religiosa, que incorpora un rígido sistema de reglas que apunta a la resocialización. Un tercer grupo está dado por los dispositivos propios del modelo de autoayuda, basado en lo testimonial como experiencia. Es una confraternidad guiada por un programa de 12 pasos para la recuperación.

La falta de una política que defina y oriente las intervenciones en salud, la heterogeneidad de modelos y prácticas, el posicionamiento de los trabajadores ante la complejidad de las problemáticas que se presentan en el trabajo cotidiano construyen la trama por la que se hace necesario analizar el cuidado en salud en la población con padecimiento psíquico, en especial en los sujetos con uso problemático de drogas.

Di Nella (23) propone pensar la profesión de psicólogo en el ámbito público como una posición frente al padecimiento del otro. Dicha posición identifica el centro de la tarea en el sufrimiento del otro en sus condicionantes culturales e histórico sociales, y no como síntoma de enfermedad mental, propio de la psicopatología. Al respecto señala que es necesario vincular el quehacer en el marco de las políticas públicas de salud y de salud mental y pensar el rol del psicólogo ahí.

Cuando decimos salud mental pública, desde el punto de vista de la Psicología Política<sup>6</sup>, nos queremos referir a la necesidad de pensar lo público de la salud mental como un componente de la salud en general. Y a la salud como un bien que el Estado debe garantizar, es decir, como un Derecho Humano. (23 p.51)

El autor desarrolla el concepto de dispositivo congelado para definir una práctica del trabajo del psicólogo, cuya posición es poner al sujeto del lado de la imposibilidad, dejando excluido de la discusión el modo de intervención utilizado.

Cuando se practica aquello de culpar al sujeto de su no alineación automática con el dispositivo y encuadre ofrecido por el prestador del servicio es cuando hablamos de un dispositivo congelado, en tanto es planteado como inquebrantable, como la constante del encuentro terapéutico, frente a las asumidas variables del síntoma y la transferencia, entre otras. (23 p.62)

El autor, en su último trabajo (24), retoma la necesidad de profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los trabajadores de la salud mental. Asimismo señala la necesidad de apoyarse en una concepción integral del ser humano,

---

<sup>6</sup> Psicología Política de la Salud Mental en Argentina es el nombre del seminario que Yago Di Nella dicta en la UNLP

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

proponiendo un modelo comunitario de abordaje desde la atención primaria de salud. El foco de la atención pasa a estar en la comunidad y no en los individuos particulares.

El error más frecuente suele estar en la idea de los profesionales (formados desde la tecnología neoliberal) de imponer sus dispositivos de consultorios externos como praxis central de la APS. Los resultados son lamentables. Por lo general se culpa a la población de no hacer uso de estos dispositivos. Los profesionales tienden a poner la mirada crítica en la demanda de la gente antes de revisar sus propios instrumentos y técnicas de acercamiento a la comunidad. (24 p.58)

Considera que existe un choque entre la formación que enseña una práctica particular y acotada y el rol profesional que la sociedad reclama, lo cual produce una sensación de angustia ante el encuentro con la práctica profesional por no poder producir intervenciones que modifiquen realidades por contar con un único recurso técnico, la terapia analítica, para un sinnúmero de situaciones de sufrimiento mental. A esto Di Nella lo llama "síntoma profesional de los dispositivos congelados" (24 p.97)

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## *2.2 Estado del Arte*

"La investigación en salud mental cobra su importancia en tanto los datos obtenidos permitan orientar sobre la identificación y comprensión de los trastornos mentales, qué tipo de servicios se necesitan para los procesos de atención, cómo deben financiarse, qué recursos son necesarios para una atención adecuada, qué profesionales y qué intervenciones prácticas, qué relaciones debe mantener el sistema de salud con las necesidades y demandas de la población" (Galende, E. 2012)

Existe una amplia literatura referida a la problemática del uso de drogas. A los fines de esta investigación se han seleccionados aquellos antecedentes del tema relacionados con las experiencias y propuestas en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, vinculadas al abordaje de los sujetos con uso problemático de drogas en la Argentina y principalmente en la ciudad de Rosario. Se consideran aquellos trabajos de investigación que han reseñado los aspectos legales o normativos que fueron dando origen y debate a la actual Ley de Salud Mental como así también aquellos que analizan fundamentalmente la perspectiva de los trabajadores en los servicios de salud.

### **2.2.1 Acerca de la implementación de la Ley de Salud Mental**

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 es el resultado de una serie de debates, propuestas y antecedentes de experiencias que han tenido lugar en nuestro país en los últimos veinte años. Asimismo es parte de un debate que aún continúa pendiente de definiciones y que insiste, a saber, la despenalización de drogas para consumo personal. A partir de la sanción de la Ley comienza a visibilizarse y a ponerse en agenda algo que tuvo sus comienzos en los 90' con la propuesta de descentralización del hospital psiquiátrico en la atención del padecimiento mental. En Argentina ha habido algunas experiencias como la conocida reforma de Río Negro (25), entre otras, que no cobraron la suficiente fuerza a nivel nacional para contrarrestar los intereses de aquellos grupos, tanto del sector de las clínicas psiquiátricas como el que representa la industria farmacéutica, que resisten los cambios en los que se debate el paradigma de Derechos Humanos en general y de salud en particular.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

La Ley propone una serie de modificaciones que aún no han sido implementadas, al menos de manera representativa, en las diferentes regiones del país. En Santa Fe y en Rosario particularmente no ha habido cambios en aquellos dispositivos que garanticen la inclusión de las personas que se encuentran hospitalizadas o en condiciones de externación para que puedan acceder a su derecho de una vivienda digna y un trabajo acorde a sus necesidades y posibilidades.

Alberdi señala en su trabajo los problemas que enfrenta actualmente la implementación de la Ley los cuales son considerados desde lo presupuestario que exige su puesta en marcha, hasta las definiciones sobre el destino de los manicomios que actualmente coexisten con el modelo propuesto en torno al trabajo territorial, en salud mental comunitaria, como parte de la integralidad en salud. Esta ausencia de definiciones en materia fundamentalmente presupuestaria deja un vacío en cuanto a la implementación del marco legal como política pública convirtiéndola en meros enunciados sin acciones concretas. Tal es así que diferentes organizaciones de trabajadores y usuarios de los servicios de salud mental han cobrado un protagonismo imprescindible a la hora de ejercer la fuerza necesaria para que las condiciones cambien. (26)

El autor señala además que incluir ciudadanos con uso problemático de drogas en el ámbito de la salud exige cambios estructurales en las instituciones y en el perfil de los trabajadores que asuman la tarea. Es decir, la implementación de la Ley provoca al trabajador y esa provocación es en su saber y en su quehacer. ¿Cómo pensar el lugar de los profesionales de salud sin la categoría de enfermedad? ¿Cómo torcer lo ideológico que implica poner presupuesto al servicio de los derechos civiles, sociales y políticos de las personas con padecimiento mental al punto de ser ellos quienes diseñen sus propios tratamientos?

Stolkiner, en su trabajo sobre el lugar de los usuarios de los servicios de salud mental, identifica una red heterogénea de organizaciones de usuarios y familiares que asumen activamente la definición en torno a los cuidados de su propia salud. Esta posición es definida por la autora como subjetivante en sí misma y por lo tanto opuesta al lugar de objeto en que tradicionalmente se ha colocado, a modo de estigma, al paciente y su enfermedad. (27) ¿La implementación de la ley no es acaso el reconocimiento de un nuevo actor social, a saber, el usuario de los servicios de salud mental? Y qué decir de los sujetos con consumo problemático de drogas ¿Es posible pensar en sus trayectorias de vida sin anteponer la droga como causa?, o dicho de otro

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

modo: ¿persiste aún la idea de asociar linealmente la presencia de los llamados bunker de venta de drogas con el consumo de ellas? En el medio de estos dos polos, el narcomenudeo y los consumos problemáticos, es necesario identificar los aspectos que hacen a la trayectoria de estos sujetos en sus modos de vivir, enfermar y morir. Al decir de Touzé, la construcción social del problema de las drogas está en la intersección de estas dos lógicas: la sanitaria, con su propósito de cura y la punitiva, con su control y es en ésta doble vía en la que se construye el problema. (28)

Desde una lógica sanitaria es posible analizar el fenómeno de los consumos problemáticos tomando algunos ejes como: accesibilidad al sistema de salud, dispositivos implementados para el abordaje, motivos de consulta y características de los tratamientos, entre otros. También es posible considerar los aspectos ligados al trabajo de los profesionales que asisten a usuarios con esta problemática en los servicios de salud, su capacitación, la especialización, el vínculo con el paciente y su familia, la intervención y los modos de abordajes que logran desarrollar con las condiciones de trabajo existentes y en el marco de la implementación de la nueva Ley de Salud Mental.

Al respecto Zaldúa (21) analiza las representaciones y significaciones de los/as trabajadores/as del sector acerca de la viabilidad de la Ley y sus efectos. Al indagar acerca de los aspectos facilitadores de la ley, los trabajadores entrevistados identificaron centralmente la cuestión de derechos, el cambio en los criterios y plazos de la internación, la conceptualización de la salud mental y el "énfasis que la ley coloca en las estrategias de atención comunitaria y en el trabajo en red con diferentes actores como aspectos más relevantes" (21 p.8)

Si bien el valor central de la Ley está dado en el reconocimiento de las personas con sufrimiento mental como sujeto de derechos, es allí donde se instala un interrogante acerca de ¿qué entendemos por padecimiento?, es decir, es necesario un cambio en el imaginario acerca de la peligrosidad como expresión de la locura por la idea de vulnerabilidad y sufrimiento como parte de la vida y en el marco de un derecho. ¿Cómo pensar esta transformación dentro de un sistema que reivindica prácticas ligadas a la supresión sintomática a través de la medicalización? ¿Cuáles serían los dispositivos necesarios que alienten las prácticas centradas en la comunidad?

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Entre los principales aportes a las prácticas de salud mental, el trabajo de Zaldúa propone la redistribución de responsabilidades, tareas y poderes en el equipo profesional, la creación de equipos interdisciplinarios, la implicancia de la familia y del paciente en la toma de decisiones, la articulación y el trabajo en red intersectorial. En relación a los obstáculos percibidos por los trabajadores para hacer efectivo los cambios propuestos por la ley se indica la ausencia de recursos y dispositivos alternativos, la falta de información en la comunidad acerca del sufrimiento mental, la no adecuación de los centros asistenciales y hospitales generales y la formación de recursos humanos. Esta falta de adecuación genera conflictos en el trabajo asistencial, ausencia de coordinación desde el sector salud y falta de gestión y planificación para implementar los cambios. Se suman a este conflicto las interpretaciones erróneas por parte de algunos gremios del sector con respecto al miedo a perder el trabajo en los hospitales monovalentes y a las dificultades en los procesos de externación de la población alojada allí. Al respecto señalan, como requerimientos previos a la implementación de la Ley, "los cambios en la formación profesional, voluntad política e institucional y creación efectiva de dispositivos para sostener prácticas de atención en la comunidad." (21 p.13) Asimismo señalan la necesidad de una formación académica que promueva prácticas profesionales desde un enfoque comunitario y desde una perspectiva de derechos.

## **2.2.2 Procesos de atención desde la perspectiva del trabajo en salud**

Tanto los problemas de salud asociados al uso de drogas, sus diagnósticos y formas de atención/tratamiento, como el acceso a los servicios de salud son comprendidos como unidades dentro de un proceso social mayor de carácter estructural, histórico, político, económico e ideológico cultural. Desde este posicionamiento, Rossi (29), en su investigación sobre accesibilidad a los servicios de salud aborda la perspectiva de los trabajadores que asisten a usuarios de drogas en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. En los resultados correspondientes a Rosario, donde fueron entrevistados 45 trabajadores de la salud de tres tipos de efectores municipales: hospitales, centros de salud y SIES (servicio integrado de emergencias sanitarias) se analizaron los siguientes ejes: Acceso inicial al sistema de salud, indagación y registro sobre las prácticas de uso de drogas, acceso ampliado y problemas de continuidad, capacitación y propuesta de los trabajadores. Con respecto al acceso inicial todas las percepciones ofrecen una mirada crítica hacia el sistema de salud en el que los trabajadores están insertos pero reconocen además, que por parte de los pacientes existen condiciones que dificultan el acceso que son propias de su dimensión cultural. "Los trabajadores criticaron las

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

creencias, prácticas y valores que los sujetos tienen sobre su propia salud y, en gran medida, señalaron que esta dimensión actúa como una barrera en el acceso inicial" (29 p.64). Algunos trabajadores consideran el problema de acceso como responsabilidad del propio sujeto, y hay quienes lo relacionan con la formación profesional o el modo en que se trabaja y también en cómo se construye el tema del uso de drogas como un problema de salud. Rossi señala que, tanto la construcción del uso de drogas como problema de salud y el modo en cómo se interviene, va a depender de la formación profesional que tengan los trabajadores. ¿Es la accesibilidad un problema que sólo puede leerse del lado de la población que consulta o involucra además la organización de los servicios y la oferta producida a partir de ello?

Los entrevistados argumentan la necesidad de un saber del orden de la especialidad, el que permitiría el abordaje de los sujetos usuarios de drogas sin barreras. Dicho planteo, lejos de construir una herramienta de abordaje "constituye una clara expresión de la representación que los trabajadores tienen con respecto a la utilización adecuada de los servicios de salud y a las características del problema puesto del lado de estos sujetos" (29 p.64). ¿Qué relación existe entre accesibilidad y formación profesional?

En cuanto a la indagación y registro de las prácticas de consumo de sus pacientes, los trabajadores que participaron de dicho estudio asumieron conocer acerca de las drogas que ellos utilizan, como así también la vía de administración y la frecuencia de consumo. El registro se realiza a través de la historia clínica familiar o individual. El análisis sobre el proceso ampliado y los problemas de continuidad muestra respuestas que apuntaron a criticar el modelo o paradigma de salud-enfermedad con el cual se trata de trabajar la cuestión del uso de drogas. Las respuestas que remiten a dificultades en el acceso ampliado a raíz de los problemas con el tratamiento también pueden estar asociadas a expectativas de los propios trabajadores, "quienes esperan que el sujeto se comporte como un buen paciente, que sostenga en el tiempo un tratamiento o las consultas pautadas." (29 p.71) ¿La intervención del trabajador frente a la población con consumo problemático de drogas sólo apunta al cese del consumo, a la "cura" en términos de enfermedad?

Los resultados muestran que los pacientes usuarios de drogas regresan al tratamiento ante situaciones de urgencia por una dolencia física o problemas subjetivos o conflictos familiares que desencadenan la crisis. Este regreso es percibido por los trabajadores como una

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

"oportunidad", dada la complejidad de factores que intervienen en el acercamiento o distancia a los dispositivos de atención. Ante esta complejidad, tanto la consulta a otros profesionales como las intervenciones interdisciplinarias fueron consideradas estrategias, por parte de los trabajadores, ante el abandono de los tratamientos. ¿Qué significa la salud para estos sujetos?; ¿Cuál/es son las pautas o señales de malestar que los llevan a consultar por su padecimiento? ¿Cuál es la intervención que se espera del equipo de salud?

Entre los trabajadores que participaron del estudio y que se desempeñan en los centros de salud, la respuesta más frecuente que se encontró sobre qué intervenciones serían necesarias, estuvo dada en torno a la propuesta de rever el modo en que se construye el uso de drogas como problema de salud, en ese sentido se sugiere: "Modificar el enfoque y la concepción de la atención, especialmente en las propuestas que aluden a la intervención comunitaria alejándose así de la interpretación del problema circunscrito al individuo." (29 p.78) Se hace necesaria una visión del problema en los contextos en que se despliegan las prácticas de consumo. Otra propuesta giró en torno a la capacitación en donde la mayoría de los trabajadores reconoce no tener formación específica en la problemática o que la misma resulta insuficiente. Al respecto señalan la idea de especialización a través de la creación e implementación de servicios y equipos de guardia de salud mental capacitados para el abordaje directo. Señalaron además la necesidad de crear dispositivos integrales apuntando a la intervención comunitaria, generando vínculo entre los servicios de salud y la población. Otra propuesta se orientó a las campañas de prevención en escuelas e instituciones. ¿Es el dispositivo asistencial de salud la herramienta de intervención en esta población? Si de salud/salud mental se trata ¿Quién del equipo se adjudica el saber para intervenir y de qué manera?

### **2.2.3 Políticas Públicas e Instituciones Públicas de Salud**

En un estudio realizado desde la Municipalidad de Rosario, a través del Programa de Prevención y Asistencia de Adicciones<sup>7</sup> (30), se caracterizó la problemática del consumo de drogas desde la perspectiva de las Instituciones públicas y privadas involucradas en la atención de dicha población, con el propósito de establecer lineamientos generales para profundizar políticas y estrategias de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en la problemática

---

<sup>7</sup> Programa de Prevención y Asistencia de Adicciones. Municipalidad de Rosario. Ordenanza n°6536/98

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

de adicciones. Entre sus objetivos se analizó la perspectiva de informantes clave de instituciones y servicios en torno a concepciones de la problemática del consumo de drogas, condicionantes y obstáculos para el abordaje del problema. El período de estudio fue de dos años (2004-2006). El relevamiento de datos se realizó diferenciando aquellas instituciones cuya función implica un potencial contacto con usuarios de droga, aquellas que asisten específicamente a esa población y a las instituciones del ámbito de la Salud Pública como hospitales, centros de salud y vecinales. A los fines de ésta investigación serán tomados los resultados correspondientes a este último grupo de instituciones.

Al respecto, y en cuanto a la concepción de la problemática, la misma es considerada desde una perspectiva multicausal, predominando los condicionantes sociales, culturales, familiares y subjetivos "Lo subjetivo se piensa como un síntoma en relación a la estructura psíquica y no como una problemática específica, no se hace hincapié en la sustancia sino en el posicionamiento que el sujeto tiene en relación al objeto droga." (30 p.13) La dimensión social del problema y su relación con la venta y distribución de drogas se naturaliza como un modo de supervivencia ante condiciones de pobreza y marginalidad social.

Los equipos de salud, anclados en estos territorios, han asistido, en los últimos años, al crecimiento de la población que consulta por situaciones que definiríamos del campo de la salud mental, a saber, el crecimiento exponencial de las situaciones de violencia, abuso, maltrato hacia mujeres y niños, el inicio del consumo de drogas y alcohol a edades muy tempranas, la desescolarización de los niños y adolescentes sin posibilidades de desarrollo por fuera de los barrios y asentamientos precarios en los que viven, la falta de trabajo y contención de familias enteras que han asumido la pobreza como destino y que a modo de las "patologías psiquiátricas" se han cronificado, cosificado en ellas. Los equipos de salud asisten por un lado a la naturalización de estas realidades y al mismo tiempo a su patologización en términos de intervención. ¿Es la patologización de la pobreza nuestro campo de intervención en salud/salud mental?

Finalmente el estudio considera que los modos de abordaje se llevan a cabo en forma indirecta, es decir, los usuarios de drogas no realizan consultas terapéuticas a causa de la problemática sino por sus efectos, a través de los servicios de enfermería, clínica médica o trabajo social, o son sus familiares o allegados quienes consultan. ¿Cómo sería abordar la

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

problemática en forma directa, por las causas? ¿En qué consisten las causas que deberían abordar los usuarios y cómo se articulan con las causas en los equipos? Entre los obstáculos se señala una dificultad en el trabajo interdisciplinario y los diferentes posicionamientos teóricos para el trabajo conjunto. Algunos profesionales consideran necesario "contar con personal capacitado específicamente en la problemática y dispositivos específicos en instituciones que permitan su abordaje." (30 p.14) ¿Cómo pensar la integralidad en salud/salud mental desde un abordaje que requiere de un otro especialista? ¿Cuál es el saber que otorga la especialidad en ésta problemática?

Entre las recomendaciones generales que concluye el estudio se destacan aquellas que consideran necesario profundizar el acceso a los servicios, reforzar la prevención, afianzar la formación del recurso humano, impulsar la notificación de un sistema de vigilancia epidemiológica como así también ampliar las estrategias de abordaje comunitario y reforzar los dispositivos de tratamiento específico para aquellos pacientes que presenten mayor complejidad en el abordaje.

#### **2.2.4 La accesibilidad en Salud Mental**

A partir de la reciente Ley se ha puesto nuevamente el eje de discusión en la trayectoria de los sujetos en los servicios de salud y salud mental. La discusión sobre accesibilidad toma relevancia en el marco de la legislación y a partir de la prohibición de nuevos hospitales monovalentes junto a la implementación de lógicas sustitutivas al modelo manicomial. Al respecto, un estudio realizado en las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego (31) analiza la trayectoria de accesibilidad en salud mental en los efectores generales de salud del subsector público, estudiando los casos de ambas provincias en el marco de los dispositivos alternativos y/o sustitutivos del modelo asilar. La provincia de Santa Fe cuenta con un antecedente importante en materia legislativa a partir de la Ley Provincial de Salud Mental N°10.772 (32), promulgada en 2007, la cual promueve la implementación de dispositivos alternativos a fin de restringir los tiempos de internación y el alejamiento de la familia y el entorno social del paciente. Esto sin duda constituye un desafío para los trabajadores de salud pues se hace necesario elaborar nuevas concepciones de demanda y oferta junto a políticas públicas,

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

recorridos personales y procesos de formación que habiliten nuevas tecnologías para la intervención en salud con estas poblaciones.

El análisis de la trayectoria de accesibilidad propuesta en el estudio permite construir una idea más amplia y compleja que la lógica estricta de oferta y demanda. De todos modos las propuestas alternativas conviven con el modelo tradicional y la presencia, aún visible, de los hospitales monovalentes que suelen seguir respondiendo a modelos y lógicas propias. En cuanto a los hospitales generales, la internación de los usuarios de salud con padecimiento psíquico presenta algunas dificultades propias de la organización por servicios y termina siendo la guardia el lugar donde alojar este tipo de situaciones. Por parte de los equipos también se presenta la dificultad de que nadie quiere actuar por fuera del servicio, produciendo así intervenciones fragmentadas. Con respecto a la atención primaria el estudio revela que, según los trabajadores, las problemáticas actuales en salud mental son de tipo psicosocial y que las mismas se agudizaron en la última década. En este nivel de atención "se manifestó una sensación de naturalización, apatía e inmovilización respecto de las problemáticas a enfrentar con el correspondiente costo a la hora de conformar equipos." (31 p.32) Del estudio surge además la necesidad de prestar mayor atención a la falta de dispositivos dirigidos al cuidado de las poblaciones vulnerables "en tal sentido las adicciones en la población juvenil, el consumo crónico de alcohol en adultos mayores, la violencia familiar y el abuso infantil son temas pendientes." (31 p. 33)

La Dirección de Salud Mental del municipio de Rosario realizó, en el año 2011, un estudio sobre motivos de consulta en salud mental (33). Participaron de la muestra 20 centros de salud municipales los cuales realizaron un registro de las consultas de primera vez en salud mental en los diferentes centros de salud durante el período establecido en el estudio: junio-noviembre 2011. De acuerdo al total de los motivos de consulta identificados en el estudio el 6% corresponde a consumo de sustancias. Este dato se calcula sobre seis motivos de consulta identificados y sobre la totalidad de los centros que participaron. De los datos suministrados correspondientes al Distrito Noroeste se asume una participación del 31% de los centros de salud de dicho Distrito con un total de consultas de 1° vez en salud mental del 14% del total de las consultas relevadas.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

En otro estudio reciente sobre el abordaje del uso de drogas en los centros de atención primaria de la municipalidad de Rosario (34) se trabajó mediante la aplicación de un cuestionario ad hoc a 128 trabajadores de 18 centros de salud seleccionados entre los 51 centros municipales. Se indagaron los modos de abordaje implementados en cada efector: tipos de problemáticas detectadas y/o demandadas, formas de admisión, derivaciones, estrategias de intervención implementadas, etc. Se exploró acerca de los logros y obstáculos en el trabajo con la problemática del uso de drogas, indagando posibles formas de mejorarla y/o reformarla. Por último, se analizaron posibles representaciones sociales subyacentes en relación a las drogas. Entre sus resultados se puede encontrar aquellas posiciones que sostienen que existe una falta de políticas en relación a la problemática la cual produce una sensación de desamparo en algunos profesionales, que consideran estar enfrentando permanentemente problemas muy complejos con herramientas demasiado escasas. Esto genera la constante sensación de sentirse en falta, de considerar que las intervenciones pensadas son insuficientes. "El sostenimiento de esta situación predispone a ciertos miembros del equipo al desarrollo de sentimientos de angustia, culpa e impotencia, responsabilizándose a nivel individual por situaciones que requieren un abordaje eminentemente colectivo, social" (34 p.15).

Intervenciones insuficientes, sensación de desamparo, falta de políticas públicas en materia de drogas son elementos que insisten en torno a la situación que vive el trabajador de salud en los equipos territoriales en función de los problemas que debe enfrentar como estrategias en el cuidado en salud. Otro elemento que el autor destaca, en la mayoría de las respuestas, es la concepción en torno a la demanda de atención. Los trabajadores señalan la escasez de consultas de los propios usuarios en relación a problemáticas de abuso de sustancias. Esta falta de demanda espontánea es explicada por algunos entrevistados como "producto de la naturalización del consumo por parte de la población, que hace que no vea esta conducta como problemática. Esta naturalización aparece ligada con más claridad en torno del alcohol, pero es extensiva a otras sustancias" (34 p.16). Ciertos eventos vitales también se relacionan con el inicio de un pedido de atención, como son la posibilidad de un trabajo, el inicio de una pareja, y en las mujeres el embarazo. También aparece la demanda en situaciones límite ante episodios de sobredosis y violencia vinculada al consumo. También el pedido de ayuda lo realiza alguna persona del entorno del usuario, en su mayoría mujeres y hermanos.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

La falta de demanda es vista como uno de los principales obstáculos para el abordaje de la problemática pero el análisis de ésta supuesta falta no está problematizada por un grupo de trabajadores desde las estrategias o dispositivos ofrecidos desde los centros de salud y equipos, sino que se vincula a las características de los usuarios que presentan un consumo problemático de drogas. "Algunos profesionales piensan esta situación como algo inherente a la problemática, sin poner en cuestión la pertinencia de la existencia en el primer nivel de atención de dispositivos exclusivamente clínico asistenciales que requieren de demanda explícita para poder realizar sus abordajes." (34 p.19)

Los que sí se animan a problematizar esta relación entre falta de demanda y oferta asistencial proponen el fortalecimiento del trabajo en territorio, con abordajes de tipo comunitario, distanciándose de enfoques que requieren de la demanda directa como puerta de entrada necesaria al sistema de salud. Al respecto algunos profesionales definen su especificidad relacionada con lo clínico asistencial, proponiendo la existencia de equipos específicos para el abordaje territorial. "Otros lo plantean como parte de su trabajo, enfrentándose al dilema de repartir su carga horaria entre el consultorio y el territorio, y demandando más profesionales en los centros para poder cubrir ambas tareas" (34 p.21). Con respecto a quién asume el abordaje de la problemática de consumo, el estudio refleja que es el psicólogo, el psiquiatra y/o el médico de referencia quien interviene, pero existe mucha dificultad en el sostenimiento de los espacios terapéuticos. ¿La implementación de dispositivos centrados en la comunidad será la herramienta para sortear el obstáculo de "la falta de demanda" percibida por el trabajador? ¿La particularidad de la demanda se relaciona con la posición hegemónica del modelo médico, que intenta circunscribir la intervención a los espacios de dominio de su saber técnico para mantener la ilusión de dominar la salud como un saber/qué hacer?

Ante la posibilidad de considerar alternativas los entrevistados señalan el abordaje farmacológico del abuso de sustancia, en el marco de la desintoxicación, para sobrellevar la abstinencia o como terapia de sustitución. En referencia a esto relatan problemas y situaciones de violencia ante el pedido de benzodicepinas por parte de la población usuaria de drogas que asiste al centro de salud. Asimismo proponen acciones y posicionamientos congruentes con la perspectiva de reducción de daño, al cuestionar la abstinencia como único objetivo de las

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

acciones en la problemáticas de uso abusivo de sustancias, o el corrimiento de la sustancia como eje central del abordaje

El estudio contempla además la opinión de los trabajadores en cuanto a los problemas relacionados con la formación profesional, la capacidad en el recurso humano y material y la accesibilidad al segundo nivel de complejidad. En este sentido se hace referencia específicamente al Programa de Adicciones que actualmente tiene "una sola persona que se dedica a gestionar convenios con ONG's de la ciudad para, a través de becas pagadas por el Estado Municipal, tercerizar servicios de internación, centro de día y acompañamiento terapéutico." Frente a las dificultades que algunos trabajadores observan en las ONG's que abordan la problemáticas de drogas, se plantea la necesidad de crear nuevos espacios: "Que sea el Estado quien se haga cargo en forma directa, creando las instituciones para contener esa demanda de tratamiento." (34 p.36)

La derivación a hospitales generales y monovalentes sigue presentando trabas para el ingreso, aunque los profesionales entrevistados reconocen que la situación ha mejorado en el último tiempo, incluso desde antes de la sanción de la Ley de Salud Mental y que se ha fortalecido por ésta. Diversos trabajadores identifican la tarea que se realiza territorialmente desde dispositivos de inclusión que trabajan con niños y jóvenes como estrategia de intervención de las adicciones. Otro dispositivo que los trabajadores reconocen como intervención en la problemática son los denominados miniequipos. Esta estrategia surge en el año 2007 y pasa a depender exclusivamente de la Secretaría de Salud a partir de 2011.

"Los miniequipos realizan un trabajo de anclaje (mesa interinstitucional o mesa intersectorial) de referencia local donde participan todos los actores del territorio como marco para el diagnóstico de los problemas y la construcción de estrategias integrales para el abordaje de los mismos. Los miniequipos se han constituido en referentes del abordaje del uso de drogas en toda la ciudad."(34 p.40)

Otro de los postulados que la investigación asume para el análisis es el trabajo intersectorial por considerar que la complejidad del problema torna insuficiente la intervención exclusiva del sector salud. Esta posición genera otros problemas que obedecen a las diferentes

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

construcciones y lógicas de intervención que cada área propone. El desafío de articulación se convierte muchas veces en una trampa a la hora de pensar la integralidad en el abordaje.

### **2.2.5 El Contexto y las Prácticas en Salud Mental**

Desde una perspectiva antropológica es importante destacar el análisis que propone Epele (35) acerca de lo significativo del vínculo entre las instituciones de salud y los usuarios de drogas. Conceptualiza bajo el término "lógica de la sospecha" a aquel conjunto de prácticas simbólicas que incluye la duda, la desconfianza y la sospecha de los interlocutores, lo cual constituye una barrera entre los usuarios de drogas y las instituciones de salud. Analiza esta lógica desde las siguientes dimensiones: Negación u ocultamiento por parte de los sujetos a declararse consumidores de drogas, desarrollo de prácticas de autocuidado o curaciones realizadas por terceros, que se convierten ante emergencias, en prácticas alternativas al sistema de salud. Rechazo o modificación del sentido de los mensajes, prácticas y campañas preventivas de cuidado y de atención ligadas a las instituciones de salud.

Según la autora, la lógica de la sospecha puede ser identificada a través de tres períodos. El primero correspondiente a la década del 80 e inicio de los 90; el segundo durante la década de los 90 y el tercero a finales de los 90 y el colapso a partir de 2001-2002. Para cada período considera diferentes elementos que contextualizaron las prácticas de consumo. En el primer período el acceso a la sustancia era restringido, la cocaína tenía un alto grado de pureza y el consumo era predominantemente por vía inyectable. Las redes sociales de usuarios de drogas tenían una estructura jerárquica con referencias territoriales específicas. Esto permitía que el acceso a la sustancia dependiera de los contactos y relaciones entre personas, es decir, el acceso estaba regulado por los vínculos. Estas prácticas fueron definiendo códigos de acceso seguro con la aparición del HIV-SIDA. En los centros de salud y hospitales se recibía la demanda de curación producidas por los procesos infecciosos producto de la inyección. La relación entre los usuarios de drogas y los servicios de salud comienza a definirse por el miedo, la amenaza y el peligro de la denuncia. La represión era menor que en la actualidad ya que el consumo de drogas no era visto como un problema social ligado a la seguridad y la estrategia de los usuarios para obtener recursos para su consumo estaba dentro de una economía formal, situación que comienza a modificarse producto de las políticas económicas de los años 90 (36).

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

En dicha década los cambios se producen por la propagación del consumo, la ampliación del acceso a la sustancia, junto con el desarrollo de un dispositivo policial, judicial y sanitario que impone no solo la prisión sino el tratamiento de rehabilitación compulsivo con internación. Esto permite la proliferación de servicios de asistencia con subvención estatal a través de becas en instituciones de rehabilitación. Los profesionales de la salud mental son los responsables de los tratamientos y ejercen la función de confirmar el logro o no de la rehabilitación (37). Esta estrategia liga la intervención en salud mental con la judicialización o criminalización del sujeto con tenencia de drogas para su consumo. Los tratamientos se transforman en opciones frente a la posibilidad de prisión. El término paciente judicial comienza a instalarse como una nueva categoría para designar a estos sujetos. La judicialización del consumo refuerza la distancia de los sujetos usuarios de drogas de los servicios de atención en salud. La institucionalización se produce, de manera compulsiva, desde el sistema policial-judicial, como una opción privilegiada en relación a la cárcel.

A partir de 2001 comienza en el país una crisis social profunda, un deterioro acelerado de las condiciones de vida que se traducen en nuevas prácticas de consumo con sustancias de muy alta toxicidad que producen un rápido deterioro físico y emocional, que llevan a estado de desesperación que terminan en suicidios o muertes violentas. Los escenarios sociales están regulados por una serie de procesos que hacen del morir joven una experiencia cada vez más cotidiana y esperable. (37) La sospecha como modo de vincularse, la institucionalización, la criminalización ¿No son acaso los modos en los que los trabajadores logran intervenir?

Hasta aquí y a la luz de los diferentes trabajos que se proponen como antecedentes del tema en estudio, es posible considerar que la complejidad del problema en torno al uso de drogas excede el campo disciplinar como así también las intervenciones en espacios tradicionales del campo de la salud y la salud mental. Sus diferentes dimensiones y perspectivas de análisis, ya sea en torno al marco legal como a las representaciones y significaciones que los equipos de salud construyen desde lo cotidiano de su quehacer, ponen en tensión saberes y prácticas de los trabajadores del sector y al mismo tiempo posibilita la reflexión y el posicionamiento crítico necesario para profundizar los cambios de paradigma que propone la Ley Nacional de Salud Mental y los desafíos en torno a su implementación.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## *2.3 Objetivos*

### **2.3.1 General**

Analizar y describir la perspectiva del trabajador en Atención Primaria de Salud y su intervención en la población con consumos problemáticos de drogas en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

### **2.3.2 Específicos**

Analizar dificultades y/o posibilidades que los trabajadores encuentran para la implementación de la Ley de Salud Mental en el contexto actual de sus prácticas en el territorio.

Indagar acerca de los Dispositivos de Atención que el equipo de salud reconoce como herramienta de intervención en la población con consumos problemáticos de drogas.

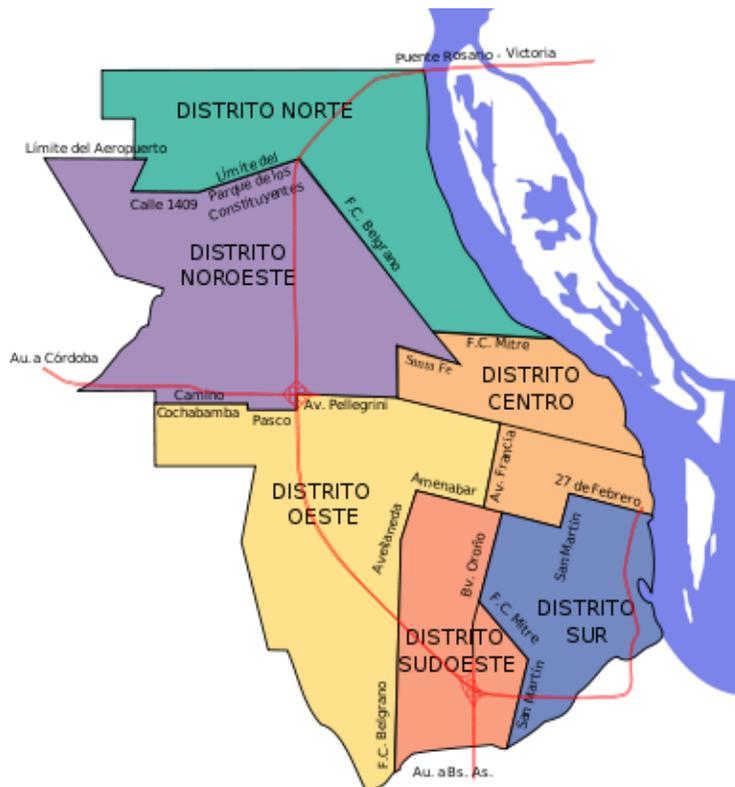
Identificar las condiciones de trabajo que el equipo de salud requiere para la intervención con los sujetos con consumo problemático de drogas que solicitan atención en salud.

### 3. DIMENSIÓN DE LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

#### 3.1 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo de tipo cualitativo que propone analizar las características de la atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. La información ha sido obtenida mediante una entrevista ad hoc a los trabajadores del sector que asisten a sujetos con uso problemático de drogas en los centros de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste seleccionados para el estudio.

Figura 1: mapa ciudad de Rosario por Distrito. 2014  
Fuente: [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)



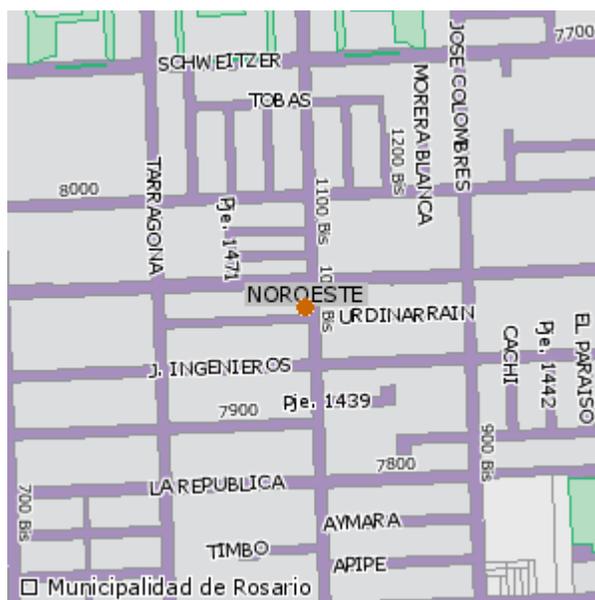
Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Los Centros de Salud seleccionados para el estudio son:

Centro de Salud Emaús:

Figura 2: mapa ubicación Centro de Salud Emaús

Fuente: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1182#>



El centro de salud Emaús se crea en el año 1997 como resultado de la gestión que inician un grupo de vecinos.

“Se logra concretar este pedido instalándose un Centro de Salud en Génova al 7900 (donde anteriormente funcionaba la escuela José María Puig que se traslada a su actual edificio en República 8050), que sólo contaba con una enfermera (Teresita) y dos médicos (Dra. Graciela y Dr. Jorge). La vecina Ana Maria llevaba la estufa para la atención, y se ocupaba de la limpieza, y mantenimiento de “la salita”. (38)

Dentro de su área de referencia se identifican tres micro áreas:

Barrio Emaús: Es una relocalización del Estado con población proveniente del norte del país.

Barrio 7 de septiembre: Construcción FO.NA.VI., correspondiente a obreros metalúrgicos, clase media empobrecida en los años '90.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Barrio Fisherton Norte: población con trabajo informal, cuentapropistas en rubros relacionados con la construcción, jardinería y trabajo doméstico.

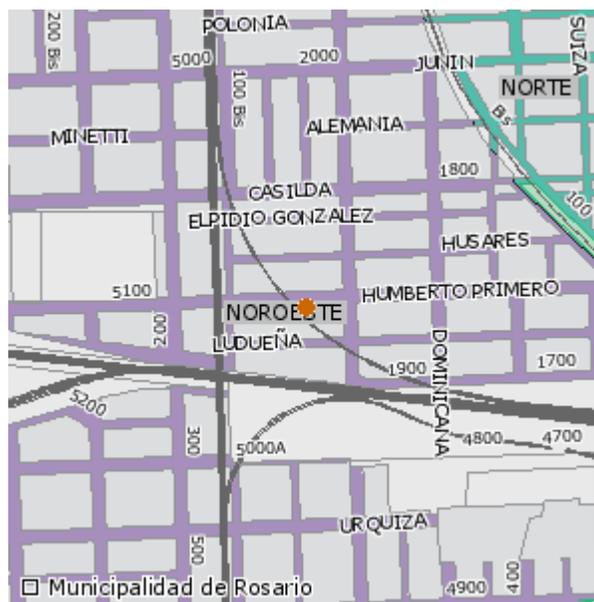
El área de influencia abarca aproximadamente 15.000 habitantes con un registro de 19.000 consultas anuales. El equipo con tareas asistenciales está conformado por: 4 médicos generalistas, 1 pediatra, 3 enfermeros, 1 psicólogo, 1 trabajador social, 1 odontólogo, 1 referente de farmacia.

La avenida de Circunvalación oficia de barrera geográfica para el acceso de la población a efectores de 2° y 3° nivel de complejidad de la red de salud.

Centro de salud Roque Coullin:

Figura 3: mapa ubicación Centro de Salud Roque Coullin

Fuente: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1188#>



Enclavado en el barrio Ludueña. Dentro de su área de referencia es posible identificar tres micro áreas bien definidas:

Corredor de la vías del ferrocarril NCA (Nuevo Central Argentino): asentamiento de migrantes desde 1960, provenientes del norte y de la provincia de corrientes fundamentalmente.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Una comunidad con fuerte vínculo con organizaciones religiosas de base y comunitario a la que se suman hijos y nietos nacidos en rosario; es una villa con gran precariedad estructural y alta organización. La actividad que desarrollan está ligada al cirujeo y venta de cartones, vidrios, chapas.

Corredor de Ludueña Sur: Trabajadores ligados al ferrocarril que quedaron fuera del circuito laboral en los '90 A partir de ese momento comienza a desarrollar actividad ligada a oficios y trabajos informales.

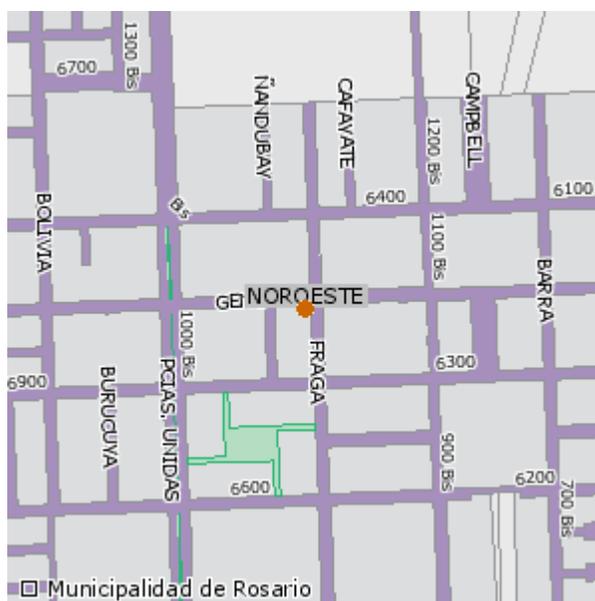
Ludueña norte: una villa que se instaló en los años '60 que tuvo una serie de intervenciones del Municipio ligadas a la urbanización y ordenamiento del territorio. Acompaña este proceso la apertura de calles linderas al terraplen. Escrituración y titularidad de las tierras, etc.

El área de influencia abarca aproximadamente 17.000 habitantes con un registro de 16.000 consultas anuales. El equipo con tareas asistenciales está conformado por: 4 Médicos generalista, 3 Pediatras, 4 Enfermeros, 1 Psicólogo, 1 Trabajador social, 1 referente de farmacia, 2 odontólogos.

Centro de Salud Juana Azurduy

Figura 4: Mapa ubicación Centro de Salud Juana Azurduy

Fuente: <http://www.rosario.gov.ar/sitio/lugaresVisual/verLugar.do?id=1183#>



Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

El centro de Salud comienza a funcionar en una casa muy precaria y surge como inquietud de un grupo de mujeres preocupadas por la situación en el barrio. Con el tiempo se fueron sumando actividades como apoyo escolar, copa de leche y talleres sobre violencia de género. En 1994 se concretó un convenio entre el Centro de Mujeres Juana Azurduy, Indeso Mujer (ONG), comedores populares instalados en la zona y la Secretaría de Salud Municipal para la instalación de un Centro de Salud. En el año 2010, y por la necesidad de ampliar las instalaciones se firma un acuerdo con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe para la construcción de un nuevo centro de Salud con mayor capacidad de atención.

El centro de salud se ubica en el barrio Empalme Graneros. Dentro de su área de cobertura es posible identificar tres micro áreas:

La primera ubicada en torno al centro comercial, caracterizada por una población de clase trabajadora y pequeños comerciantes

La segunda corresponde a un asentamiento ubicado en la zona de Cullen y Sorrento, que es la zona de mayor precariedad en todo el distrito, con población migrante del norte y familias que migraron dentro de la propia ciudad, son parejas jóvenes, que viven del cirujeo. Este asentamiento se ha extendido a lo largo de la desembocadura del arroyo Ludueña, que oficia de barrera en la comunicación de esta población con los efectores de referencia.

La tercer micro área con población Qom<sup>8</sup>, donde su identidad cultural, como pueblo originario, representa una particularidad en sí misma

El área de influencia abarca aproximadamente 30.000 habitantes registrándose anualmente una atención de 35.000 consultas totales. El equipo con tareas asistenciales está conformado por: 8 Médicos generalistas, 1 Pediatra, 4 Enfermeros, 2 Psicólogos, 1 Trabajador social, 2 Odontólogos, 1 referente de farmacia.

Todos los trabajadores pertenecen a la secretaría de salud municipal pero existen diferentes modalidades contractuales, a saber: personal en planta permanente, personal en contrato transitorio y personal en formación, este último corresponde a las residencias de Medicina General (posgrado), Psicología (pregrado), Trabajo Social (pregrado), Farmacia (pregrado)

---

<sup>8</sup> El pueblo toba, cuyo etnónimo es **Qom**, conforma uno de los pueblos originarios con mayor presencia actual en el territorio argentino. Fuente: <http://www.qom-toba.com.ar/nosotros.html>

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

La elección de los centros de salud se debe a que los mismos tienen el área de influencia de mayor densidad poblacional del Distrito Noroeste. En los tres centros se identifican barreras geográficas para el acceso al 2° nivel de atención (trazado de vías del ferrocarril sin apertura del terraplén, Av. Circunvalación sin cruce peatonal)

### *3.2 Universo*

El universo seleccionado son los trabajadores dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario que desarrollen una práctica asistencial profesional en disciplinas consideradas como parte del campo de la Salud Mental<sup>9</sup>.

### *3.3 Criterio de selección de la muestra*

Personal profesional que se desempeñe en el centro de salud en tareas asistenciales, que las mismas se realicen con una lógica de adscripción de población<sup>10</sup> y que tomen contacto con pacientes usuarios de drogas en situación de atención directa. Debe tener una antigüedad en el efector superior al año a fin de favorecer la existencia del vínculo entre el trabajador y la población que asiste y estar en planta transitoria o permanente. Este último criterio excluye a los profesionales que se encuentren realizando reemplazos o en etapa de formación (residentes de las carreras afines). Se excluyen los profesionales referentes distritales por asumir una intervención indirecta sobre la población, es decir, a través del apoyo a los equipos territoriales.

Se realizaron once entrevistas a profesionales que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra y que aceptaron realizar la entrevista a través de la firma de un

---

<sup>9</sup> Ley Nacional de Salud Mental. Capítulo V. Artículo 8: Modalidad de Abordaje: 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.

<sup>10</sup> Población adscripta: "es aquella que posee un vínculo estable con un profesional médico (médico de referencia o de cabecera) que hace posible la provisión de cuidados continuos, longitudinales e integrales por parte del equipo de salud a los usuarios del sistema." (Informe de la situación de los centros de salud del Distrito Noroeste de Rosario. Equipo de sala de situación/ información para la gestión. Secretaría de Salud municipal y Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Mayo 2013)

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

consentimiento informado. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una entrevista semi estructurada que se aplicó a los trabajadores seleccionados. Se registró digitalmente el audio de las entrevistas y se transcribió textualmente para su análisis. Se realizó el análisis de contenido de las categorías construidas a partir del material recogido en las entrevistas. La información se analizó a través del método de la comparación constante (39), realizándolo desde los siguientes pasos:

Se realizó un registro a tres columnas. En la primera columna se incluyen los relatos de los sujetos entrevistados. En la segunda columna se escriben los comentarios que surgen, desde, el investigador sobre esos relatos. En la tercera columna se comienza a identificar, en un primer nivel de análisis, la construcción de conceptos.

Estudio de los registros: consiste en una lectura de los registros que permite buscar el objeto, los conceptos y supuestos formulados en el planteo teórico de la investigación.

Se identifica en la tercera columna los temas emergentes, a partir de un mayor nivel de abstracción de los conceptos surgidos de lo observado. Se identifican los temas recurrentes, es decir, aquellos conceptos que se repiten en la columna de análisis. Se realiza un fichado de manera textual sobre los temas recurrentes identificados en el registro. Son las categorías desde la propia voz de los sujetos- objeto de investigación. Se realiza la comparación de las fichas buscando elementos comunes y no comunes para poder encontrar las diferentes maneras en que se manifiesta dicha categoría. Esta comparación da lugar a identificar nuevos conceptos de mayor o menor nivel de generalidad. (40)

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## 4. DIMENSIÓN DE LAS TÉCNICAS Y ANÁLISIS

### 4.1 *La aplicación de la entrevista como instrumento*

De acuerdo a los objetivos de la investigación y como estrategia metodológica se realizaron once entrevistas a profesionales que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar del estudio. La entrevista fue confeccionada ad hoc e implementada en cuatro ejes temáticos. El primero incluye los datos personales, cargo, profesión y antigüedad en el efector; el segundo indaga sobre los dispositivos de atención; el tercero introduce aspectos sobre políticas públicas y el cuarto eje toma la perspectiva del trabajador sobre su intervención en la problemática investigada. Por último se propone al entrevistado sugerir su aporte o propuesta sobre el tema.

### 4.2 *Construcción y análisis de las categorías*

Se construyeron tres categorías de análisis:

**Categoría Acceso y Utilización de los Servicios de Salud:** Se asume la perspectiva del derecho a la salud desde el paradigma que propone la Ley Nacional de Salud Mental, desarrollada en la fundamentación teórica del presente trabajo, y se analiza particularmente la inclusión en salud/salud mental de la población con consumos problemáticos de drogas.

**Categoría Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental como Política Pública:** El análisis toma los aspectos ligados a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental desde Atención Primaria y en el contexto actual del territorio local.

**Categoría El Derecho a la Salud: ¿Perspectiva del trabajador?** Donde se analizan las características y significaciones asociadas a la intervención en salud/salud mental, que actualmente sostienen los equipos con la población con consumo problemático de drogas.

#### 4.2.1 Acceso y Utilización de los Servicios de Salud.

La descentralización en la atención desde el hospital psiquiátrico hacia los centros de atención primaria de salud ha sido la propuesta sostenida desde la Declaración de Caracas hasta la actualidad. A partir de la Ley Nacional de Salud Mental y su definición explícita acerca de la inclusión de la problemática del consumo de drogas como un problema de salud, se incluye su abordaje desde el sector, específicamente desde la atención primaria y hospitales generales, siendo el equipo territorial, local, el encargado de diseñar la estrategia. Asimismo la Ley sostiene que la definición del tratamiento ha de ser mediante la intervención de un equipo interdisciplinario en conjunto con la familia y el usuario, favoreciendo su inclusión en la comunidad.

Los procesos de atención en salud/salud mental en el ámbito de la atención primaria de salud están definidos de acuerdo a los principios políticos ideológicos que la sustentan, a saber, la Universalidad, Equidad, Integralidad y Continuidad. Al valorar la accesibilidad de los usuarios al sistema, particularmente los sujetos que presentan un consumo problemático de drogas, se observa a partir de los relatos de los entrevistados que los procesos de atención están alejados de estos principios, siendo reducidos a prácticas asistenciales espontáneas, frágiles, sin la estrategia interdisciplinaria activa y de bajo impacto en la población destinataria. Asimismo se describe que en la mayoría de las situaciones es el propio familiar quien demanda una intervención, no siendo reconocido como un actor fundamental para el diseño de la misma. Lo que surge también como particularidad de ese pedido es que el mismo se expresa o vehiculiza en el ámbito de la enfermería. Es desde la enfermería por donde aparece un lugar que aloja o al menos escucha algo de ese pedido.

*Las consultas acá entran mucho por enfermería, sobre todo con uno de los enfermeros que tiene más afinidad, mas predisposición con estos pacientes, él lo referencia con el médico. Trabajamos con el familiar, no lo vamos a buscar a la casa, por enfermería o por farmacia tratamos de captarlo, estamos alertas a que vuelva algún familiar y volvemos a citarlo. Yo particularmente es raro que vaya a buscar a un paciente. (Médica generalista)*

*Uno toma contacto de muchas maneras, en un control de salud uno pregunta los hábitos y sale a veces como un problema a veces no. A veces con un familiar o con una mamá que consulta por otra cosa. También la situación aparece en enfermería por sobredosis o intoxicación y en menor medida por una consulta directa. (Médico generalista)*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*Por lo general si es un turno programado es porque vino un familiar pero cuando es directamente con la persona es de manera espontánea, no programada en un turno. En general no se da en el consultorio como demanda, sale en el ámbito de la consulta pero no vienen por eso. Cuando se da como demanda por lo general se da en enfermería o por farmacia. (Médico generalista)*

*En nuestro territorio la forma de tomar contacto con el centro de salud es a través de enfermería. O bien llegan por una crisis de abstinencia o por alguna situación ligada al consumo. A partir de ahí los enfermeros hacen contacto con algún médico, habitualmente médico generalista y se plantea la situación. Muy rara vez es el familiar el que toma contacto. (Médica generalista jefa de centro)*

La enfermería aparece así, fundamentalmente desde la representación que el médico tiene y desde la proximidad que logra el usuario, como la forma de acceso y admisión de las situaciones ligadas a la problemática del consumo de drogas.

Por otra parte y en respuesta a las edades de quienes consultan se observa que los consumos problemáticos se dan en la población joven, y es también esta población la que menos consulta en el sistema de salud. Tanto la oferta como los modos de organización de los servicios suelen constituir barreras en el acceso y reforzar la exclusión en salud de dicha población.

*Esta problemática se da mayormente en la adolescencia y los adolescentes y varones son los que menos consultan, llegan poco. Hay falta de recurso y a veces les toca esperar para ser atendidos; acá se atiende a mucha gente. (Médico generalista).*

*El paciente llega de forma espontánea por un suceso o conflicto en el hogar, a veces busca la posibilidad de un tratamiento y a veces pasa por enfermería antes de ver al médico. También sucede que no se anima a hablar con el médico y entonces recurre a enfermería, esa es mi experiencia, al menos es lo que me pasa a mí por como trabajo yo con estos pibes. Generalmente es conmigo por el vínculo que tienen. (Enfermero)*

En cuanto a la disponibilidad de la estructura de servicios existe una marcada dificultad de articulación con el segundo nivel de complejidad, siendo un aspecto fundamental para garantizar el proceso de atención a esta población. Cuando esto falla, la intervención desde el hospital, se reduce a la medicalización del sufrimiento y a la recepción de la consulta por guardia. El acceso y utilización de los servicios de Salud Mental dependen del tipo de Institución que interviene más que de la complejidad de la problemática en la que hay que intervenir. De los entrevistados se desprende la idea de considerar la complejidad ligada a la estructura hospitalaria y particularmente al dispositivo de internación, no siendo el equipo quien comanda la estrategia sino el hospital el eje de la intervención. La valoración que se realiza desde el

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

hospital está más relacionada con la organización de la sala que con la problemática que llega desde el equipo territorial.

*Por ahí tenemos que derivar un paciente por una internación, se nos complica a qué lugar va a ir. Hemos tenido casos de una mujer con intento de suicidio, hemos tenido dificultades para ver que efector la podía recibir, aunque la ley existe cuando se presenta un caso y tenes que derivarlo es complicado. (Médico generalista)*

*Cuando a veces es una urgencia y llamamos al SIES cuesta que lleguen a tiempo, esto se ha visto como un problema. Si llamamos por un infarto seguro que la ambulancia viene, en eso no hay problema, pero si llamamos por una situación con alguno de estos pacientes problemáticos nos cuesta mucho que accionen enseguida. En el 2° nivel no está muy aceitado el tema con los pacientes con esta problemática, si no es una institución que se encarge específicamente de este tema es distinto porque trabajan bien con la adicción pero en el hospital polivalente hay que levantar varias veces el teléfono para que se ocupen o tomen la situación. (Médico generalista)*

Tanto la dificultad de articulación entre los diferentes niveles de complejidad como la inclusión de la salud mental en el proceso de atención en salud constituyen ejes centrales para garantizar el derecho a la salud de la población con consumo problemático de drogas. Desde el primer nivel de atención el dispositivo que el equipo construye está dado por acciones que involucran la entrevista con el médico de referencia, un segundo momento, que puede darse o no con salud mental y trabajo social, o bien la derivación a dispositivos específicos (ONG's) u hospitales generales para su internación.

*Se trata de abrir la puerta para que algo se produzca. A veces uno se queda trabajando con el familiar hasta que llega el paciente, si es que llega. Tratamos de trabajar el tema de la derivación para que no sea algo precipitado, que no produzca ningún efecto, que pueda implicarse en el pedido. En un primer momento el equipo intenta alojar la situación y luego se realiza un movimiento donde trabajamos la derivación para que el paciente pueda acudir. (Psicóloga)*

*Primero se le pregunta quién es su médico, a veces pasa con salud mental directamente, con trabajo social no tanto, su intervención suele ser posterior si hay que hacer una pensión por ejemplo. Es importante diferenciar cual es el problema cuando este pibe llega más allá de la especificidad de cada disciplina. (Enfermero)*

*(ONG's) Primero el acceso es complicado, entrevistas de admisión, es todo un trabajo previo hasta que ingresa si es que lo aceptan. Nos han dicho a veces que no, que no tenía las condiciones, también en el seguimiento medio que se pierde ese paciente. Tenes que estar pendiente, no es que te avisan, no hay comunicación entre las partes. (Médico generalista)*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

La construcción del caso por caso es el modo de organización que el equipo se da para intervenir en las situaciones complejas. Esta lógica fragmentada y parcial transforma el caso *por caso* en el "fra - caso"

*Hay que hacer una evaluación si se trata de una urgencia o que es, a veces viene el paciente diciendo me quiero internar y es una urgencia del paciente, hay que evaluar si eso puede esperar a que lo conozca el psicólogo o el trabajador social, pero estos casos suelen ser complejos, no está bueno que se quede solo el médico. Se va armando una estrategia. Trabajamos más con farmacia que con enfermería. (Médico generalista)*

*No hay un patrón de intervención, se construye el caso a caso, yo hablo con salud mental a ver qué les parece ellos no intervienen directamente, lo mismo con trabajo social. A veces intervenimos entre todos y a veces cada disciplina. (Médico generalista)*

Este modo de organización provoca dificultades para el seguimiento de las situaciones que se presentan en su complejidad ya que la dinámica del equipo, las demandas de la población van dejando sin fuerza y sin lugar el acompañamiento de los procesos de atención.

*Hay dificultad en el equipo para agendar las situaciones. Hay dos psicólogos, ellos hicieron un trabajo de caracterización de la población que atienden y fueron identificando las situaciones complejas, esas que tenemos que trabajar con otros. Nos quedamos discutiendo quien atiende más y no pensamos como armar con el equipo para abordar estas urgencias o situaciones complejas. (Médico generalista)*

*Las internaciones de salud mental no son fáciles, no hablemos de adicciones, cuando derivas a un hospital te encontras en algunos hospitales con un equipo de admisión que evalúa si hay que internarlo, es muy difícil trabajar con los hospitales con el tema de adicciones. (Psicóloga)*

*Cada vez que aparecen estas situaciones uno plantea distintas modalidades. Ver la necesidad de una internación o la internación compulsiva, la verdad que estas internaciones compulsivas no nos han dado resultado. Se escapan porque son instituciones de puertas abiertas. Lo que se había planteado como una modalidad de intervención es lo que está relacionado con la capacitación de jóvenes en oficio. (Médico generalista jefe de centro)*

*Antes de intervenir hay que pensar en el seguimiento sino te quedas solo con la situación, lo bajas y listo, es difícil armar con otros la intervención, uno está en el territorio pero los otros que deben intervenir no están en el territorio entonces algunas cosas te quedan siempre en este lado de la cancha. (Enfermero)*

Esta fragilidad, tanto de los procesos de atención como de la articulación con los diferentes niveles de complejidad del sistema demuestra debilidad en las redes y en las Instituciones que brindan estrategias de soporte social, de autonomía e inclusión. La conformación de los equipos se reduce a estrategias aisladas donde el trabajador *no puede*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

con la situación, quedando en soledad frente al riesgo. El riesgo en la intervención aparece así directamente proporcional a la situación de vulnerabilidad y del lado del trabajador que asume intervenir. Es en el vínculo con la comunidad que los equipos encuentran la herramienta para intervenir en el territorio y sostienen que el vínculo se construye en el trabajo cotidiano junto con la comunidad y a partir de introducir dispositivos que tengan una lógica poblacional, que oficien de soporte a los equipos y propicien la inclusión social.

*Un dispositivo que se inició cuando todavía yo no estaba [taller de fútbol]. Nos dijeron arranquen con los pibes que no tienen ni códigos. Así arrancamos. El espacio en sí es un espacio de formación de vínculo, no tiene la dinámica de un taller de fútbol, tiene que ver con la posibilidad de entrelazar vínculo con el médico que se acerca. Los resultados hace que estos pibes, donde uno no los salvó del problema de las adicciones, pueden venir al centro de salud a una consulta, tienen este modo de llegar, chicos que en el barrio arreglan todo a las trompadas o a los tiros y sin embargo pueden venir acá a traer a su novia embarazada o hacer una consulta desde otro lugar. Tienen una cercanía. (Médico generalista jefe de centro)*

*Hay que conocer la problemática local, trabajar en prevención. Nosotros tenemos el dispositivo del taller de fútbol con chicos de 6 a 12 años pero queda corto. También es importante el trabajo con las organizaciones del barrio, se dice fácilmente "el Estado está ausente" no es así, el estado somos todos nosotros, hay que volver a construir colectivamente con todos los actores. (Enfermero)*

Territorializar las prácticas es una definición política que no debe quedar a cuenta solo de los equipos sino que necesariamente es competencia de quienes organizan e implementan la planificación en salud en los distintos territorios. Es clave asumir que el territorio es una definición que trasciende lo geográfico, que define identidades, que organiza respuestas sociales, que configura un espacio social y que, desde una perspectiva de Derechos, requiere del reconocimiento y la acción de todos los que la integran.

De acuerdo a las respuestas de los trabajadores entrevistados es posible observar que actualmente los equipos de salud anclados en el territorio, definen la oferta que producen desde la organización de los servicios y no desde las necesidades de la población que asisten. De esta forma, y en el propio territorio, los equipos encuentran el límite de sus prácticas. Quienes lo habitan no están incluidos en la planificación de acciones ni suelen visibilizarse como destinatarios, es decir, en los territorios no se construye con la comunidad sino que se interviene desde la oferta y la organización de servicios y no desde la propia comunidad con sus modos de enfermar y sus necesidades de cuidados. Esto hace al sentido del trabajo en salud, a

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

la acción transformadora, centrada en la recuperación de la dimensión política del quehacer en salud.

*A veces los pacientes dicen que quieren determinada situación pero es difícil después continuar, vienen apremiados por una situación externa y luego no sostienen un determinado tratamiento en relación a la problemática. Requiere de una implicación que no se está dando, es complejo, no es el tema de la adicción sino que es el escenario en el que se da. Aquí los chicos que están en el bunker encuentran una forma de ser, de identidad que nosotros como trabajadores del Estado no estamos pudiendo hacer nada al respecto, no tenemos que ofrecer. El bunker termina dándole trabajo, aún en los familiares, aparece por un lado la denuncia y por otro uno descubre que el bunker es el sostén económico de esa familia, es muy complejo el entramado que se da en esta problemática. (Psicóloga)*

*Quizás haya que pensar en dispositivos de intervención en el territorio, estar trabajando fuera del centro de salud. No hay un equipo que tenga esta lógica, ninguna institución toma el tema y salud no puede sola y menos el centro de salud, somos pocos para mucho. (Psicóloga)*

*Ser más activo. Estamos muy pasivo en esto, si le duele algo va al generalista, si tiene dolor de muela va al odontólogo. Yo creo que en salud mental tenemos que estar más activos. Si uno tuviese la oportunidad de tener un equipo pensando en esto y que trabaje con la comunidad en esto, tendríamos otra presencia, ser más activo y también tener la respuesta.*

*Llamar a salud mental, y conseguir, no es fácil, no tenés la respuesta. A la tarde no conseguís gente, se diluye la cosa. Con el tema de adicciones es muy difícil con los mega bunker que tenemos en todos lados están captando cada vez más gente, ellos tiran para su lado con otras políticas, son muy inteligentes, un niño que a los 10 años ya empezó a consumir te viene acá con 13,14 su estado físico y su mente cambiada. (Enfermera)*

*Más acompañamiento en el día a día, recurso humano que pueda acompañar para que la estrategia se sostenga, falla el seguimiento, falta recurso que pueda acompañar para que la situación llegue a donde tiene que llegar, que haya alguien acompañando si hay una capacitación, si va a un centro de día. Articular lo local con otros ámbitos, se produce una brecha entre lo local y otros ámbitos, tomar una medida con niñez, articular, falta eso, hay que acompañar. Hay un vacío grande nosotros y alguien más, tendría que ser también de otra área. (Médico generalista)*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

#### 4.2.2 Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental como Política Pública

Desde una perspectiva de derechos en salud y un modelo de gestión democrático y participativo<sup>11</sup> (34), la construcción de los problemas de salud se establece de manera activa con la comunidad. El vínculo es la herramienta que permite transformar la atención en intervención, es decir, lo meramente asistencial en estrategias de cuidado. En la actualidad, y ante el crecimiento de la población que concurre a los centros de salud se ve interrumpido este encuentro vincular y por lo tanto se desdibuja el sentido de las prácticas. Muchas veces lo urgente va dejando postergada estas discusiones ligadas al proyecto sanitario. Esto hace que el abordaje en salud y salud mental sea sobre las consecuencias y no sobre aspectos ligados a las causas y a la complejidad en la que se debe intervenir. Esto deja en los equipos la sensación de llegar tarde, de no tener la significación en lo simbólico del encuentro con lo producido en salud. Así el vínculo se traduce en lo que Epele define como lógica de la sospecha. (35)

*Para mi falta una lectura política de la complejidad de la problemática y lo que eso implica...no todas las personas que consumen son lo mismo. Estamos como representantes del estado 10 pasos atrás de lo que estamos dando como respuestas asistenciales y se nos escapa lo más complejo, quedamos pequeños en relación a lo que es la problemática en la trama social. Es un fenómeno social. (Psicóloga)*

*La mejor parte que nosotros podríamos hacer es la que nos toca a nosotros...desde la salud, desde la intervención en salud: garantizar el acceso, ver cuando necesita una asistencia farmacológica, trabajarlo con otro profesional, hacer bien eso que todavía nos cuesta...el tema sigue teniendo la carga de la sanción social, la culpabilización del paciente (Médico Generalista Jefe)*

*Sigue existiendo el pasillo en el que están todos los pibes que vos intentas captar con otras herramientas....pibes que están sin trabajo...porque no es que dejen de consumir porque tienen trabajo pero sí el trabajo los ordena en esto...cuando pensamos la capacitación laboral está buenísimo pero si pensamos que después como trabajar...decir bueno con los chicos que hicimos la capacitación en metalúrgica vamos a ir arreglando los parques, con el que hacemos la capacitación en panificación vamos a hacer la panificación para los*

---

<sup>11</sup> Rosario ha desarrollado un modelo de atención en salud con una direccionalidad orientada a los principios de equidad; clínica contextualizante y participación. Esta direccionalidad se acompañó con una gestión descentralizada, donde el centro de salud fue concebido como eje del sistema y el sistema como red. En este marco se constituyeron los equipos de referencia (clínico, o pediatra, o generalista y un enfermero) con población a cargo mediante un proceso de adscripción que se fue construyendo desde el vínculo. Estos equipos cumplieron un rol estratégico en el diseño con los otros niveles de atención. Se constituyeron como equipos de gestión local y distrital.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*comedores, los centros de convivencia barrial, las escuelas...que tengan otro tipo de enganche. (Médico Generalista Jefe)*

En el marco de la implementación de políticas públicas con enfoque de Derechos en Salud la Ley constituye un soporte para los usuarios del sistema y para los equipos intervinientes. Lo que se observa desde las respuestas de los trabajadores refleja que, ante la falta de dispositivos, recursos materiales y humanos, sus postulados son sólo un enunciado esperanzador.

*La Ley es un marco de trabajo pero falta mucho para su implementación...es necesario pensar en dispositivos de intervención que acompañen todos...hay que incluir a los familiares en el diseño de las intervenciones...ahí hay un abismo...ni siquiera estamos los trabajadores en una mirada común del problema. (Psicóloga)*

*Es necesario pensar en estrategias poblacionales, no solo el caso a caso y también poder agendarlo en otro lugar...no que nos quede solo a nosotros acá, en el centro de salud. (Generalista jefe de centro)*

*Que exista la ley me parece que permite que haya una población que vaya ganando un derecho y ahí ganamos todos. No me parece que sea un hecho menor que exista como ley pero va muy atrás de acuerdo a las posibilidades con las que uno se encuentra. Está muy armado, parece accesible pero después cuesta muchísimo sentarse con otro, pensar interdisciplinariamente, pareciera que en este lugar donde vive la gente que le pasan todas estas cosas todavía no tenemos las herramientas para intervenir (Médico Generalista Jefe)*

Su implementación presenta obstáculos relacionados con la articulación entre los diferentes niveles de atención en salud, pero además existe un desencuentro entre los sectores ligados a las políticas sociales que son los encargados de definir condiciones de hábitat, desarrollo social y cultural como políticas que favorezcan la inclusión social. No hay salud sin la posibilidad de intervenir sobre sus determinantes sociales. Lo que hay es un modelo biomédico, que junto a una estrategia de medicamentación agota su intervención allí. El resultado es mayor exclusión. La discusión se centra así en la burocracia organizacional de los servicios y su oferta y no en las condiciones de vida de los sujetos y sus trayectorias.

*Hay obstáculos, por ahí tenemos que derivar un paciente por una internación...se nos complica a qué lugar va a ir. Hemos tenido casos de una mujer con intento de suicidio...hemos tenido dificultades para ver que efector la podía recibir...aunque la ley existe...cuando se presenta un caso y tenes que derivarlo es complicado. (Médico generalista)*

*En el 2° nivel te dicen que tiene que ser evaluada por un psiquiatra o por un psicólogo y te dicen que ellos en ese momento no tienen y que así no reciben a la paciente, tenes que hacer el circuito primero de que la evalúe el Hospital*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*Psiquiátrico y después recién reciben a la paciente. Si no van al Hospital Psiquiátrico no la reciben, en otros hospitales la reciben pero queda en la guardia, no ingresa a una internación acompañada por un familiar, generalmente ingresa por guardia, le dan una medicación y le dan el alta rápidamente...no hay respeto por los acuerdos. (Médico generalista)*

Existe un conocimiento limitado de los alcances de la Ley. Esto produce en los trabajadores cierta distancia frente a la magnitud del problema. El desconocimiento no permite problematizar algunas lógicas de intervención y refuerza el estigma y la criminalización de estos sujetos en su padecimiento.

*No conozco la ley. La gente de salud mental ha venido cuando hacemos alguna actividad... esto de incorporar las adicciones como problema de salud mental es un giro importante y la gente no lo conoce, activar el circuito es complejo desde atención primaria tendríamos que dejar de tener miedo y ante una situación poder llamar y decir: mirá tengo tal situación, como podemos hacer? (Enfermera)*

*Cuando hay una ley hay que capacitar a los trabajadores. En los equipos no hay idea. Equipo en las guardias. Lograr que los equipos sean más homogéneos. Preparar los hospitales para que se alojen estas situaciones. (Médica Generalista)*

El trabajador de salud, como actor social, tiene la capacidad de poner en agenda la problemática y la implementación del marco legal existente pero de ninguna manera puede quedar él como garante de las políticas que el Estado debe garantizar, incluso al mismo trabajador.

*Ha habido pasos en ese sentido pero falta mucho, estos pasos han sido más instigados por los trabajadores que por las políticas públicas, ha sido más un movimiento de los trabajadores que de las políticas. Cuanto más esté en la agenda pública más recursos será destinado. Actualmente los recursos son escasos y eso es necesario para la implementación, sobre todo el recurso humano que es escaso (Psicóloga)*

*Replicar, generar más dispositivos inespecíficos es fundamental. Creo que el pedido de ayuda sería diferente. Hay que aumentar las experiencias, estas quedan a cuenta de los trabajadores y no como política pública. Las instituciones que existen no son accesibles para la población con la que trabajamos, no hay familia que pueda acompañar. (Trabajadora Social)*

Garantizar derechos requiere de la articulación entre ley, política y acción. La ley es el marco necesario para la implementación de la política y ésta es la herramienta de acción que el trabajador tiene para su intervención.

*Obstaculiza no tener políticas públicas en este sentido, uno llama al Sedronar y no hay ninguna base en rosario y ves la publicidad que te dice que está con vos, ¿adónde? Falta articulación en las políticas en los distintos niveles de estado: municipal, provincial y nacional. Necesitamos instituciones que alojen.*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*Eso es política y no voluntad de los trabajadores. (Médico generalista jefe de centro)*

*Conocer la legislación, el marco, a que cosa nos convoca y cuáles son los límites, evaluar que es lo posible hacer de lo que llega acá. (Trabajadora Social)*

El abordaje de la salud mental en salud pública no puede permanecer ajeno, sin implicancia en la dimensión social y en el contexto en el que se desarrollan las prácticas. Esa complejidad es, en definitiva una construcción, una posición política de las acciones en salud. Pensar en una salud mental comunitaria, con acciones concretas con la comunidad y junto con los sectores ligados al desarrollo social y sus referentes territoriales permite intervenir integralmente, con estrategias de soporte que potencian a los equipos y que asumen la continuidad en los procesos. De lo contrario la construcción del problema queda definida siempre en términos psicopatológicos.

*Me genera esto de la construcción del paciente. Una intervención en salud mental por ej. Si yo te mando al psicólogo y vos vas porque yo te mando, creo que no te va a servir. Mandar a evaluar a alguien que consulta por otra cosa, creo que hacerlo en esta lógica de matricialidad con el psiquiatra que compartimos en el distrito que ve 300 pacientes con un grado de vulnerabilidad tremendo, por lo menos yo acá no lo veo con un tiempo como para mandarle este y que pueda pensarlo solo. (Médico generalista jefe de centro)*

*Yo me acuerdo que con esto de la reducción de daño vos le decías: bueno...si vas a consumir...deja la cocaína y éntrale con todo a la marihuana...la marihuana también te hace mierda. Hay que tener claridad que los tiempos que uno va a trabajar sobre la abstinencia no son superiores a las 6 semanas. Lo que hay acá son carnet crónico de gente que toma medicación más lo que consume. (Médico Generalista Jefe)*

Pensar el rol del psicólogo en el equipo de salud debe ser el resultado del problema construido por el propio equipo junto a la comunidad, de lo contrario quedamos entrampados en "la demanda" del paciente en términos de su patología. Esta posición asimétrica de poder cristaliza la intervención pues reduce al plano individual el padecimiento y por lo tanto deja por fuera la dimensión histórico social que lo determina. Dicha posición reproduce lógicas de intervención estigmatizantes para el sujeto y descarta la dimensión social del problema de salud.

*Intentamos trabajar que el pedido sea más elaborado, que lo pueda recibir cualquiera del equipo y que yo como psicóloga pueda intervenir en un segundo momento, después que se pueda trabajar el cómo seguir, mi trabajo intenta eso, quizás alguien pueda venir al enfermero porque es su referente, no siempre una persona va a estar preparada para ser derivada al psicólogo, que*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*no signifique directamente ir al psicólogo, quizás es más resolutivo ese contacto con alguien que ese alguien derive al psicólogo. (Psicóloga)*

*Tratamos de trabajar el tema de la derivación para que no sea algo precipitado, que no produzca ningún efecto, que pueda implicarse en el pedido. En un primer momento el equipo intenta alojar la situación y luego se realiza un movimiento donde trabajamos la derivación para que el paciente pueda acudir. No es automático: "Tenes este problema de adicción, andá al psicólogo" se trata que el paciente pueda hablar de esto, para que en otro momento pueda pensarse en una intervención de salud mental, se trata del caso por caso, por supuesto (psicóloga)*

*El obstáculo es a nivel de los profesionales. Hay profesionales pero no tienen turno, no les da la capacidad para atender tantos pacientes. Cuando viene el drogadicto acá se trabaja con turnos dados entonces uno le dice: vení tal día, tal hora, y no da resultado. Ahí estamos errando en la práctica, cuando alguien se decide es hoy si uno lo posterga eso se diluye porque la persona necesita resolver ahora, no es que no hay profesionales pero tendríamos que estar permanentemente para la consulta ya, pero no es posible, el adicto cuando viene y no lo atendes ya se te va, uno dice pucha no pude hacer nada. (Enfermera)*

*Poder tener un equipo abocado a salud mental, la psicóloga no la tenes, está con turnos dados, tampoco puede salir de su consulta, a lo mejor se podría captar más si la gente encontrara una respuesta en el día. (Enfermera)*

#### **4.2.3. El Derecho a la Salud: ¿Perspectiva del trabajador?**

El trabajador en salud, al constituirse como actor social e involucrarse en un proceso de trabajo requiere condiciones necesarias en aspectos que hacen a su ambiente laboral, que son estructurales, como también en lo relacionado con las herramientas conceptuales y de conocimiento, que le permiten llevar adelante la responsabilidad de los procesos de atención. Es decir, procesos de trabajo y procesos de atención van juntos. En este punto los entrevistados destacan que el marcado crecimiento de la población que concurre a los centros de salud no ha sido acompañado por un incremento del recurso humano para su atención y a eso se suma una mayor demanda de situaciones complejas, donde se incluye el consumo problemático de drogas.

*Otra es que la demanda ha crecido muchísimo. Cuando yo llegué acá teníamos 2800 historias clínicas. Hoy vamos por las 5200 y somos las mismas personas. En lo cotidiano no te cambia demasiado, siempre vamos teniendo similar número de consulta, en lo que te cambia es en la responsabilidad que vamos tomando. Yo sigo tomando nuevos pero irresponsablemente, te olvidas. El*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*crecimiento de la demanda es un problema que es muy difícil de agendar centralmente. En medio de todo eso que llega, llega también el que consume drogas, es muy difícil una intervención. (Médico generalista jefe de centro)*

*Desde lo edilicio estamos atrasados. Los centros de salud se han complejizado pero esto no fue acompañado por los recursos necesarios, por los trabajadores y por los usuarios. (Psicóloga)*

*Es muy importante la capacitación, es decir, saber para qué estoy acá. También es necesario contar con el trabajo en equipo, con recurso en salud mental. Hay que trabajar desde lo interinstitucional e intersectorial. (Enfermero)*

Problematizar la función de las Instituciones, de lo instituido en ellas es la clave para avanzar en la construcción de estrategias de atención en salud. En los relatos de los entrevistados se continúa argumentando en función de reforzar, de aumentar, de agrandar el modelo asistencial, que se liga a los espacios edilicios y desde allí opera en acciones que pierden sentido e impacto y que se traducen como alienación del trabajo en salud. (41) En otras palabras, se trataría de incluir entre los objetivos institucionales de cura, promoción y rehabilitación de salud aquellos que permitan repensar los saberes y las prácticas en función de la autonomía de los sujetos y su cuidado. Pensar en términos de dispositivos, como construcciones innovadoras de lo institucional permitiría desandar el desencuentro que los trabajadores plantean con la población con consumos problemáticos. La voluntad del trabajador es la que termina definiendo un quehacer y no la decisión política de implementar recursos y estrategias para la acción en el territorio.

Otro elemento de relevancia que es señalado en las respuestas de los entrevistados corresponde a la formación como herramienta, la cual no sólo es reclamada sino puesta en otro y suponiendo un saber distinto, para afrontar un trabajo distinto. Lo que no problematiza el trabajador es la lógica que implica intervenir desde ese nuevo paradigma.

*Falta un equipo interdisciplinario las 24 hs. Que tome las situaciones y no quedar a merced de un par de médicos que tienen una formación meramente biologicista. Hay que capacitar para el abordaje. (Médico generalista)*

*Contención emocional para los equipos, no la tenemos, cuidar al cuidador, hay poco cuidado. Tener una mirada al equipo de salud, la mirada desde afuera, una contención al grupo, un estímulo, esto hace bien. Ver que pasó después de nuestra intervención, poder ir evaluando nuestra intervención. (Enfermera)*

*Un poco mas de formación, no quedarse solo, saber que uno cuenta con otro, eso es una herramienta. Las problemáticas son epocales, los síntomas tienen que ver con el discurso del momento también. (Psicóloga)*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

*Compromiso con el trabajo. Todo el tiempo uno no está desbordado, poner en la balanza el recurso disponible. Hay que priorizar las áreas para el abordaje de esta problemática. (Médico generalista)*

*También la formación, ha habido formación dentro de la municipalidad, algún curso, te da inseguridad trabajar con lo que no sabes. La municipalidad ha metido algo en este último tiempo, a pedido de los trabajadores pero siempre gana el que lo hace, se diluye después en la información para el resto, uno a veces puede y a veces no. (Médico generalista jefe de centro)*

*Estar capacitado para esto, no estamos capacitados uno hace lo que puede, todo el equipo tiene que estar capacitado para este abordaje porque es complejo. (Médico generalista)*

*Más planificación, más espacios de encuentro, no como ahora que ante cada caso vemos que hacemos. (Psicóloga)*

*La experiencia del dispositivo grupal me parece un espacio interesante de trabajo, deberíamos contar con más espacios para estos dispositivos grupales como espacios de construcción para otra cosa, son espacios de inclusión para esta problemática muy ricos. (Psicóloga)*

Los postulados de la Ley quedan así en un grado de abstracción tal que los trabajadores asumen que es tarea de otro su implementación. Nominar, al decir de Gastón, es darle un nombre a esa abstracción y así transformar, alterar los mecanismos de poder, corporativos y burocráticos que han sido construidos en los servicios públicos en general y de salud en particular. Esto, dice el autor, podría redundar en "*profundas transformaciones de los procesos de trabajo en las unidades de salud*" (41 p.144)

*Cuanto más esté en la agenda pública más recursos serán destinados. Actualmente los recursos son escasos y eso es necesario para la implementación, sobre todo el recurso humano que es escaso. (Psicóloga)*

*Hay mucho que la ley de salud mental propone como necesario que aún no está. Dispositivos que la ley enuncia y todavía no están. (Psicóloga)*

*Esto nos invita a pensar que hay un marco que nos compromete pero deben existir otras instancias para que esta intervención sea posible. (Trabajadora social)*

*La Ley es un marco de trabajo pero falta mucho para su implementación. Es necesario pensar en dispositivos de intervención que acompañen todos, hay que incluir a los familiares en el diseño de las intervenciones, ahí hay un abismo ni siquiera estamos los trabajadores en una mirada común del problema. En atención primaria estamos desbordados de situaciones complejas que nadie acompaña, en los hospitales no hay quien se haga cargo. (Psicóloga)*

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

La significación que los equipos tienen acerca de su trabajo con los sujetos con consumo problemático de drogas se mantiene en la lógica de ser exclusivamente clínica, técnica, al no producir movimientos que habiliten el encuentro con el sujeto y no sólo con su patología.

Con respecto al cuidado del trabajador es posible identificar expresiones que dan cuenta del desborde que algunos trabajadores perciben en torno a su tarea. El aumento de la complejidad sin el recurso, la dificultad para encontrarse con el otro en una praxis y la poca capacitación recibida dan cuenta de las condiciones en las que estos trabajadores se definen en su quehacer cotidiano. También se señala que ese "desborde" no es permanente sino que se liga a la no priorización de los problemas de salud que se atienden. Pensar con otros los procesos de atención, implicarse en las acciones a desarrollar, asumir la responsabilidad poblacional frente a los problemas de salud son las premisas para pensar el rol del trabajador.

*Más acompañamiento en el día a día; recurso humano que pueda acompañar para que la estrategia se sostenga, falla el seguimiento, falta recurso que pueda acompañar para que la situación llegue a donde tiene que llegar, que haya alguien acompañando si hay una capacitación, si va a un centro de día, articular lo local con otros ámbitos. Se produce una brecha entre lo local y otros ámbitos, tomar una medida con niñez, articular, falta eso, hay que acompañar, hay un vacío grande nosotros y alguien más, tendría que ser también de otra área. (Médica generalista jefa de centro)*

*La demanda es mucha, cuesta seguir las situaciones complejas, .no es a mí a quien más le plantean este tipo de situaciones, creo que es necesario reconstruir la historia de esa persona, conocerla, eso es muy difícil, tenemos una psiquiatra matricial y una psicóloga, es difícil abordar esta problemática. Hay que hacer una lectura más compleja del contexto. (Trabajadora social)*

*Yo sigo tomando nuevos pero irresponsablemente...te olvidas (Médico Generalista jefe)*

*El obstáculo es a nivel de los profesionales...hay profesionales pero no tienen turno, no les da la capacidad para atender tantos pacientes...cuando viene el drogadicto...acá se trabaja con turnos dados entonces uno le dice: vení tal día, tal hora, y no da resultado...ahí estamos errando en la práctica...cuando alguien se decide es hoy si uno lo posterga eso se diluye porque la persona necesita resolver ahora...no es que no hay profesionales pero tendríamos que estar permanentemente para la consulta ya...pero no es posible...el adicto cuando viene y no lo atiendes ya se te va...uno dice pucha no pude hacer nada.(Enfermera)*

Por último y a modo de propuesta los trabajadores señalan estrategias de acción fundamentales para avanzar en los postulados de la Ley y su implementación en el territorio. Algunos elementos que rescatan como necesarios para su implementación están definidos como espacios de capacitación, acompañamiento de los equipos a modo de soporte, recursos y

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

articulación intersectorial a fin de profundizar las acciones con una mirada integral de los problemas de salud y sus determinantes sociales. El contexto de las prácticas, que actualmente se presenta como amenazante, en función del narcotráfico instalado en el mismo escenario que los centros de atención en salud marca el límite en la intervención al mismo tiempo que provoca la sensación de no poder con eso.

*Requiere de una implicación que no se está dando...es complejo...no es el tema de la adicción sino que es el escenario en el que se da..aquí los chicos que están en el bunker encuentran una forma de ser, de identidad que nosotros como trabajadores del Estado no estamos pudiendo hacer nada al respecto... no tenemos que ofrecer. El bunker termina dándole trabajo...aún en los familiares...aparece por un lado la denuncia y por otro uno descubre que el bunker es el sostén económico de esa familia...es muy complejo el entramado que se da en esta problemática. (Psicóloga)*

*En los centros de salud recibimos situaciones complejas... el consumo de drogas es algo que siempre está, no digo que lo naturalizamos pero no es visto como problema por los pibes...la realidad de la droga en los barrios es distinta...los bunker han copado la escena...los pibes están tomados por esa realidad. En ese contexto es muy difícil intervenir. (Psicóloga)*

*Primero hay que decir que el consumo de drogas es un problema de salud. Actualmente se ve más como un problema de inseguridad que como un problema de salud. Se pide gendarmería y no psicólogos....La formación también es algo a priorizar. Hace falta capacitación a los equipos para intervenir...creo que eso es fundamental. (Psicóloga)*

Hasta aquí se presenta el análisis del material recogido en las entrevistas. A continuación y a modo de conclusión serán desarrollados los argumentos que han constituido el eje del presente trabajo.

## 5. CONCLUSIONES

La implementación de una política de descentralización de la atención en salud ha sido un modelo sostenido en los últimos 25 años por el municipio de Rosario a través de una gestión participativa y de abordaje territorial. Esto ha dado lugar a un mapa de intervención en salud que en su primer nivel cuenta con un desarrollo de aproximadamente cincuenta centros de atención primaria distribuidos estratégicamente en la ciudad. Cada centro cuenta con un equipo de referencia de base territorial y un soporte de 2° y 3° nivel de complejidad para la resolución de los problemas de salud de la población. Este esquema ha tenido en lo referente al campo de la salud mental un desarrollo menor en cuanto a la planificación de estrategias de intervención como así también un retraso significativo en el desarrollo de un 2° nivel de atención para las situaciones que se consideran de mayor complejidad. Asimismo el crecimiento del recurso humano no ha acompañado al crecimiento de la demanda que se produjo, en los últimos años, en torno a las nuevas manifestaciones de la problemática y su impacto en la trayectoria de estos sujetos. (37)<sup>12</sup>

La Ley Nacional de Salud Mental ha puesto en agenda la necesidad de incluir los consumos problemáticos de drogas como problema de salud, lo que ha significado replantear no sólo la conformación de los equipos sino también los dispositivos para la intervención como así también la inclusión de los usuarios y familiares en las definiciones terapéuticas implementadas. Los procesos de atención muestran que esta población no accede, en función de los principios rectores de la atención primaria, a una atención integral, con equidad y continuidad en los cuidados de su salud.

La estructura de servicios, los modos de organización y la oferta representan verdaderas barreras en torno a la accesibilidad de los sujetos con consumo problemático de drogas dejando reducida la intervención de los trabajadores a prácticas estrictamente clínicas, técnicas y fragmentadas frente a la complejidad del fenómeno. El ámbito de la enfermería aparece como un lugar con cierta capacidad de alojar estas situaciones pero no aparece, hacia el interior del equipo como la posibilidad de intervención en la problemática. La figura del médico sigue siendo la de referente para el resto del equipo, y aún para el mismo médico. Esto no abre una lógica de

---

<sup>12</sup> Se hace referencia al cambio sufrido a partir de la crisis de 2001 y las consecuencias del modelo neoliberal. Esto ha sido desarrollado en otra parte de la investigación a partir de la descripción que formula Epele M., en su trabajo "Sujetar por la herida" Ed. Paidós 2010

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

equipo ni de interdisciplina sino que, por el contrario, refuerza cierta hegemonía del modelo médico tradicional que, siempre es acompañado en sus concepciones por la medicalización y psiquiatrización del padecimiento subjetivo. Lo que sí es claro que el equipo liga esta complejidad con la estructura hospitalaria y fundamentalmente con intervenciones asociadas a la medicalización e internación. La mayoría de los entrevistados, considera al hospital como un dispositivo que "nada quiere saber" con estos pacientes. La guardia allí es el soporte real en la intervención con lo que también se produce una reducción de la estrategia a la medicalización del padecimiento y acallamiento del síntoma.

La intervención de los equipos territoriales se traduce en una estrategia de acción del caso por caso. Este modo debilita el impacto de las intervenciones, fragmenta las prácticas y obtura la articulación con otros niveles de complejidad y con los diferentes sectores que deberían implicarse en el abordaje de la problemática. El resultado de esta posición coloca al trabajador en una situación de soledad y de desborde que produce significaciones asociadas a la sensación de llegar tarde y de no poder con esa complejidad que encuentra como límite de su práctica. A esto se suma la realidad que hoy presentan los territorios con la presencia del narcotráfico que condiciona aún más el quehacer cotidiano del trabajador de salud y su vínculo con la población.

Los entrevistados reconocen la necesidad de nuevos soportes para el trabajo en territorio. La propuesta va en sentido de estrategias asistenciales (equipos de guardia 24 hs para salud mental, centros de día para tratamiento específico), pero además trasciende la especificidad al considerarse que la problemática presenta aspectos ligados a la seguridad ciudadana. En este sentido se puede considerar que actualmente los equipos de salud desarrollan su trabajo en el mismo territorio donde el narcotráfico, en su expresión de narcomenudeo, realiza el reclutamiento de jóvenes "soldaditos" en los bunker de venta de drogas. En este escenario es difícil planificar acciones que tiendan a la inclusión de jóvenes y estrategias de reducción de daño frente al consumo y explotación que sufren como modos de existencia en la vida cotidiana.

Es clave considerar que la implementación de la Ley como Política Pública, desde el paradigma del Derecho a la Salud, requiere del vínculo con la comunidad como herramienta de intervención y de la planificación conjunta de los dispositivos diseñados para el abordaje de las personas con padecimiento mental, en especial quienes presentan un consumo problemático de

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

drogas. Las lógicas de intervención conservan posiciones ligadas a la criminalización del consumo y por lo tanto a la estigmatización de las personas con esta problemática. Se hace necesario avanzar en torno a las políticas de drogas en función de observar leyes que aún continúan vigentes y que refuerzan la penalización del consumo, ubicando al consumidor como el eje del problema y personificando en él la peligrosidad del fenómeno. La Ley es un soporte para los usuarios y para los trabajadores, obliga al sector salud a definir las políticas necesarias para lograr su implementación pero además exige al trabajador conocer sus alcances a fin de problematizar las lógicas de las intervenciones. Además pone en tensión, desde una dimensión histórica social, la construcción del problema droga.

Intervenir desde una salud mental comunitaria, junto con las acciones concretas en materia social, permite abordar integralmente el problema y no sólo diagnosticar en términos de la psicopatología. Se hace necesario pensar el rol del psicólogo y del trabajador de la salud mental dentro del equipo de salud en función de la integralidad de los problemas y no sólo desde la demanda del sujeto en posición de paciente.

En estos escenarios tan complejos los equipos restringen su accionar a dispositivos de atención en consultorio con la población que llega, lo cual pone distancia frente a la peligrosidad de la realidad que muestra el territorio. Allí se impone el dispositivo de atención individual en consultorio, en la estrategia del caso por caso. Esta lógica de intervención opera como un "dispositivo congelado" (23)<sup>13</sup> que deja por fuera la dimensión social y cultural del problema. Esta forma de intervenir desborda a los trabajadores, excede la escucha disciplinar y genera un alto grado de frustración al no encontrarse con los resultados esperados de sus prácticas. Esta consecuencia se expresa a través de la sensación de soledad en el trabajo y la falta de acompañamiento. El pedido de capacitación se relaciona con esta sensación de no saber qué hacer, de considerar que hay otro que sí sabe, y que debe llegar para recién allí poder intervenir eficazmente.

Desde la perspectiva del trabajador se reconoce un aumento significativo de la población que utiliza el sistema y de la complejidad de las situaciones que llegan a los centros de salud.

---

<sup>13</sup> Concepto desarrollado en la investigación. Di Nella, Y. "Dispositivos congelados" Ed. Koyatun 2010

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

La percepción que ellos tienen es que éste crecimiento no ha sido acompañado por el mejoramiento de las condiciones de trabajo, tanto en estructura edilicia como en recurso humano. Al respecto es importante considerar que se hace necesario problematizar la función de las instituciones frente a este nuevo paradigma que propone la Ley, es decir, es clave para avanzar no sólo en los saberes y prácticas relacionados con la cura y la rehabilitación sino también en construcciones innovadoras que den cuenta de la estrategia de cuidados en salud. Esto además permite problematizar acerca de la salud de los propios trabajadores del sector que es hoy una preocupación que comienza a instalarse en los espacios centrales de gestión.

Por último las propuestas que los trabajadores asumen con respecto a las necesidades y a la puesta en marcha de los aspectos ligados a la implementación de la Ley están relacionadas en su mayoría con la necesidad de implementar espacios de capacitación sobre el tema junto a la reestructuración y aumento del recurso humano. Asimismo sostienen la necesidad de articular con otros sectores y contextualizar las prácticas en función de los escenarios en los que actualmente se desarrolla el trabajo en salud.

Se hace necesario repensar el rol del trabajador de salud en la comunidad, como actor social capaz de poner en agenda los problemas que hay que resolver. Asimismo es necesario avanzar desde una planificación de políticas y acciones conjuntas, no sólo con el trabajador, sino con los usuarios, en el territorio y de cara a la comunidad. La oportunidad en el presente, a partir de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, no termina ahí, sino que debe continuar desde la convicción y el sentido que el colectivo de trabajadores de la salud y la salud mental le da a la utopía de la transformación de la realidad.-

"Iniciar, continuar, consolidar procesos desinstitucionalizadores es el desafío que deben asumir las políticas y las prácticas en el área. En este marco, los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos de cambio. Transitar por el camino de una reforma implica iniciar una transformación que pone en juego no solo la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que posibiliten su viabilidad. Esta trayectoria se desenvuelve en los procesos culturales, sociales y subjetivos de manera diferencial sobre los actores, individuales y colectivos, generadores del cambio."

S. Faraone, A. S. Valero: "Dilemas en Salud Mental" (42)

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 [Internet], República Argentina 2010 [citado 07 de febrero 2013] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
- (2) Vázquez, A.: La construcción social de estereotipos sobre la drogadependencia. Análisis de sus condiciones de producción y su relación con la utilización de los servicios de salud. En Memorias de las XIV Jornadas de Investigación. Tercer encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Tomo I (pp.565-567) ISSN 1667-6750. Facultad de Psicología. UBA. Agosto 2007.
- (3) De Lellis, M.: Psicología y Políticas Públicas de Salud. Buenos Aires. Paidós año 2006.
- (4) Agost Felip María Raquel, Martín Alfonso Libertad. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. Rev. Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2014 Dic. 19]; 38(1): 126-140. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000100012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100012&lng=es).
- (5) Gorbacz, L.: La Ley de Salud Mental y el proyecto nacional. Panorámica de la Salud Mental: a un año de la Ley Nacional N° 26657. Buenos Aires. Eudeba 2011
- (6) ASE, I.; BURIOVICH, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud colectiva* [Internet]. 2009, vol.5, n.1 [citado 2014-12-19], pp. 27-47. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es&nrm=iso)
- (7) Alma Ata.: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, [Internet] URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- (8) Declaración de Caracas: OPS –OMS [Internet] Caracas, Venezuela 14 de noviembre de 1990. Disponible en: [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf)
- (9) OMS. Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación. [Internet] Ginebra 27, Suiza, 2006 Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827_spa.pdf)

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

- (10) Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación: Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos y Salud Mental. Año 2010. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-instrumentos-internacionales.pdf>
- (11) Saforcada, E. De Lellis M., Mozobancyk S.: Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. Buenos Aires, Ed. Paidós 2010
- (12) De Lellis, M.; Di Nella, Y.: La Perspectiva de Derechos Humanos en el campo de la Salud Mental. Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología. UBA 2007
- (13) Zaffaroni, E.: El enfoque de Derechos Humanos en las problemáticas adictivas. Articulación entre el Estado y la Sociedad Civil. Comité para la Defensa de la Salud, Ética y Derechos Humanos, en cooperación con la UNLaM. Publicado 08/06/2011. Disponible en: [https://www.entrerios.gov.ar/redesdeprevencion/userfiles/files/Conferencia%20ZAFFARO NI.pdf](https://www.entrerios.gov.ar/redesdeprevencion/userfiles/files/Conferencia%20ZAFFARO%20NI.pdf)
- (14) Romaní, O.: Etnografía y Drogas. Discursos y Prácticas. Nueva Antropología A.C.[Internet] México 1997 vol. XVI, número 53., pp.39-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905303>
- (15) Romaní, O. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva* [Internet]. 2008, vol.4, n.3 [citado 2014-12-19], pp. 301-318. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci_arttext)
- (16) Abonizio, M.: Antropología y Salud. Drogas: políticas, servicios y prácticas en salud. Delrevés soluciones gráficas. Rosario 2008
- (17) Epele, M.: Consumo de PBC y Prácticas informales de Cuidado de la Salud en Poblaciones Marginalizadas del AMBA. Buenos Aires 2007
- (18) Menéndez, E.: Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva* [online]. 2012, vol.8, n.1 [citado 2014-12-19], pp.9-24. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652012000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100002)
- (19) Pawlowicz, M. y otros: Dispositivos de Atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos en: Panorámicas de la Salud Mental: a un año de la Ley Nacional n° 26.657. Buenos Aires. Eudeba 2011.

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

- (20) De Lellis, M. y col.: Psicología y Políticas Públicas de Salud. Ed. Paidós. Buenos Aires 2006
- (21) Zaldúa, G. y otros: Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la ley de Salud Mental. Actas de las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en salud y población Instituto de investigaciones. Facultad de Psicología UBA 2011.
- (22) Eggimann, A.: El abandono de los tratamientos de rehabilitación por drogadependencia en pacientes bajo tratamiento en la comunidad terapéutica Nazaret, de la ciudad de Rosario [Tesis de Maestría] UNER 2008.
- (23) Di Nella, Y.: Dispositivos Congelados". Psicopolítica de la formación en Psicología: Construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de Derechos. Ed. Koyatun. Buenos Aires 2010
- (24) Di Nella, Y.: Inclusión Mental. Políticas Públicas con enfoque de Derechos (por la superación del dogma manicomial) Ed. Koyatun. Buenos Aires 2012
- (25) Cohen, H.: La Desmanicomialización. Crónica de la Reforma de Salud Mental en Río Negro. Buenos Aires. Lugar Editorial. Año 2013.
- (26) Alberdi, J.: Desafíos Políticos y Asistenciales de la nueva Ley de Salud Mental. El caso de la Provincia de Santa Fe. Revista Debate Público. Año 2012. Disponible en: [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web\\_revista\\_4/home.htm](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_4/home.htm)
- (27) Stolkiner, A.: Nuevos actores del campo de la Salud Mental. Intersecciones Psi. Rev. Electrónica de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 5. N° 14. Marzo 2014. Disponible en: [http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=134:las-organizaciones-de-usuarios-y-familiares-como-nuevos-actores-del-campo-de-la-salud-mental&catid=17:investigaciones&Itemid=1](http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=134:las-organizaciones-de-usuarios-y-familiares-como-nuevos-actores-del-campo-de-la-salud-mental&catid=17:investigaciones&Itemid=1)
- (28) Touzé, G.: Consideraciones sobre el debate legislativo en torno a la Ley de Drogas. Revista Debate Público. Año 2012. Disponible en: [http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web\\_revista\\_4/pdf/09\\_Touze.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_4/pdf/09_Touze.pdf)
- (29) Rossi, D.: Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Bs. As y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. [Internet] Asociación Civil Intercambios Bs As 2007 [citado 13/05/12]. Disponible en: <http://www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2012/05/Accesibilidad-de-los-usuarios-de-drogas.pdf>

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

- (30) Programa de Prevención y Asistencia de Adicciones. Área de Investigación en Salud. Dirección de Estadística. Síntesis de resultados: "Caracterización de la problemática de las Adicciones en la ciudad de Rosario" Municipalidad de Rosario, 2007.
- (31) Faraone, S y col.: Accesibilidad y Derechos Humanos. Análisis de los procesos de atención alternativos al modelo asilar en Santa Fe y Tierra del Fuego. Rev. Arget. Salud Pública, 2012; 3(12): 28-34
- (32) Ley Provincial de Salud Mental N° 10.772/91. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- (33) Dirección de Salud Mental. Municipalidad de Rosario. Informe sobre consultas de 1° vez a Salud Mental en Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario durante el período junio – noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.fhaycs-uader.edu.ar/files/Publicacion%20experiencia%20planillas.pdf>
- (34) Del Carlo, C.: "Abordaje de uso de drogas en los Centros de Atención Primaria de la Municipalidad de Rosario. Estudio cualicuantitativo de prácticas y obstáculos. Informe final académico presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga. Mayo 2011
- (35) Róvere M.: Una Ciudad Modelo en Salud Pública. Aportes a una construcción de una Gobernabilidad Democrática. Año 2007. Disponible en: [http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia\\_Salud\\_Rosario.pdf](http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf)
- (36) Epele, M.: La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos de antropología social 2007. n°25, pp 151-168, FFyL – UBA – ISSN: 0327-3776
- (37) Epele, M.: Sobre barreras invisibles y factores sociales. Criminalización del uso de drogas y Atención Primaria de la Salud. En Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios. Ed. Paidós. Buenos Aires 2007
- (38) Epele, M.: "Sujetar por la herida". Una etnografía sobre Drogas, Pobreza y Salud. Ed. Paidós. Buenos Aires 2010
- (39) Sitio oficial de la Municipalidad de Rosario. [www.rosario.gov.ar](http://www.rosario.gov.ar)
- (40) Glaser, B; Strauss, A.: Lectura de Investigación Cualitativa I. Cuadernillo de la Cátedra de Investigación y Estadística Educacional I. Fac de Filosofía y Letras UBA. 2005
- (41) Sirvent, M.: Apuntes Seminario de Tesis. Maestría de Salud Mental. UNER 2005
- (42) De Sosa Campos G.: Gestión en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. Año 2001.
- (43) Faraone S., Valero A.S.: "Dilemas en Salud Mental" Sustitución de las lógicas manicomiales. Ed. Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires 2013

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario".[Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## APÉNDICES

APÉNDICE A: Modelo de entrevista	pág.71
APÉNDICE B: Formulario consentimiento informado	pág.73
APÉNDICE C: Registro a tres columna entrevista 1	pág.74
APÉNDICE D: Registro a tres columna entrevista 2	pág.77
APÉNDICE E: Registro a tres columna entrevista 3	pág.78
APÉNDICE F: Registro a tres columna entrevista 4	pág.80
APÉNDICE G: Registro a tres columna entrevista 5	pág.81
APÉNDICE H: Registro a tres columna entrevista 6	pág.83
APÉNDICE I: Registro a tres columna entrevista 7	pág.85
APÉNDICE J: Registro a tres columna entrevista 8	pág.87
APÉNDICE K: Registro a tres columna entrevista 9	pág.89
APÉNDICE L: Registro a tres columna entrevista 10	pág.90
APÉNDICE M: Registro a tres columna entrevista 11	pág.92

## APÉNDICE A: Modelo de entrevista

### 1- DATOS

- a) Fecha
- b) Profesión
- c) Antigüedad en el efector

### 2- DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN

Parte de la población que concurre al centro de salud solicita asistencia relacionada con el consumo de drogas y/o alcohol. A veces esta consulta se realiza en forma directa o bien a través de su entorno familiar más cercano, pero siempre requiere de algún tipo de intervención.

¿De qué manera toma contacto con la persona que solicita atención en salud por el uso problemático de drogas?

¿Quiénes intervienen habitualmente frente a esa consulta o pedido?

¿Qué tipo de acciones se desarrollan a partir de esa consulta o pedido?

¿Tiene conocimiento de algún dispositivo que se haya implementado dentro de la red municipal para dar respuesta a este problema de salud? ¿Ha participado de alguno? ¿Cómo fue la experiencia?

¿Cuáles han sido las posibilidades y los obstáculos encontrados?

### 3- POLÍTICAS PÚBLICAS

La Ley Nacional de salud mental considera que la atención de las adicciones debe ser abordada de manera interdisciplinaria y como parte integrante de las políticas de salud mental, es decir, se debe garantizar el acceso de estos sujetos al sistema de salud.

¿Ha tenido oportunidad de conocer el texto de la Ley Nacional de Salud Mental? ¿Participó en algún espacio de discusión o debate sobre la Ley o accedió a la misma por otro medio?

¿Cree Ud. que esto se cumple o se busca alcanzar? De qué forma.

¿Identifica algún obstáculo para su realización?

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

Si tuviera oportunidad de ser gestor de políticas en salud, ¿Qué acciones propiciaría para el abordaje del consumo problemático de drogas desde el ámbito de la salud pública?

#### 4- PERSPECTIVA DEL TRABAJADOR SOBRE SU INTERVENCIÓN EN SALUD

¿Cómo piensa el rol del trabajador de la salud y la salud mental frente a este nuevo paradigma que propone la Ley de Salud Mental?

¿Qué tipo de herramientas necesitan los equipos de salud que asisten a los pacientes con uso problemático de drogas?

¿Cuáles son las condiciones de trabajo actuales que Ud. identifica que favorecen u obstaculizan la atención de sujetos con uso problemático de drogas?

#### 5- APORTE

¿Cuál sería su propuesta para mejorar las condiciones de atención a los sujetos con consumo problemático de drogas y favorecer su abordaje en el marco de la Ley de Salud Mental?

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

## APÉNDICE B: Formulario de Consentimiento Informado

Proyecto: "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores del Centro de Atención Primaria de Salud Juana Azurduy del Distrito Noroeste del Municipio de Rosario".

Estoy realizando entrevistas a profesionales que se desempeñen en el centro de salud "Juana Azurduy" en tareas asistenciales, con una lógica de adscripción de población y que tomen contacto con pacientes usuarios de drogas en situación de atención directa.

Usted tiene la posibilidad de elegir participar voluntariamente en este estudio y tiene también libertad plena de no aceptar participar sin que ello lo afecte de alguna forma; como así también de retirarse del estudio en cualquier momento. Si acepta participar le voy a hacer algunas preguntas, y es probable que hagamos una nueva entrevista en otro día que ambos acordemos.

La información que usted proporcione es confidencial y anónima, o sea que todos los datos de carácter personal que permitan identificarla/o a usted o a otras personas que mencione van a ser eliminados.

Los resultados del estudio van a ser presentados en mi Tesis final, correspondiente a la 11° Cohorte (2008-2010) de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la UNLa.

Yo.....presto mi  
consentimiento a participar de la presente investigación.

Fecha...../...../.....

Firma entrevistado

Firma investigador

<p><b>Registro a tres columnas entrevista1. Médico Generalista. Jefe C.S</b></p> <p>La modalidad es una consulta espontánea y está relacionada con otro episodio, no es una consulta por esto. Ej. Un chico que llega por un accidente de tránsito, acompañado por un familiar, y en el medio de la consulta, generalmente la madre, te transmite la preocupación por el uso de drogas, las juntas que tiene, sus preocupaciones...</p> <p>Distinto el que llega por consumo de alcohol, viene solo por lo general a plantear alguna situación problemática, que no puede estar haciendo algo con su problema... capaz que te lo saca ya en un turno programado, pero el chico que consume no.</p> <p>-Quiénes intervienen? Llamativamente o no sé si es llamativo generalmente donde sabe salir más este tipo de problemas ya sea por el familiar Donde surge el planteo es en enfermería porque hay una escucha ahí distinta a la del consultorio, es un espacio más relajado. Acá no se hace admisión por enfermería, el que va por enfermería tiene otro tiempo para hablar con el enfermero acerca de esto y generalmente desde enfermería nos transmiten esa preocupación a veces se lo agenda directamente, habla primero con S. (psicóloga.) y después S. habla con nosotros y a veces S. no está, y entra a través de nosotros y va con salud mental. Intentamos en algunas ocasiones trabajarlo con salud mental. Se orienta a salud mental como parte del proceso de atención, no necesariamente siempre es así. Ahora estamos trabajando con un chico que está en la secundaria y que está con problemas de consumo desde los 11 años, está acompañado por la familia. Pero no ha pasado por salud mental. Si hicimos el tratamiento por la abstinencia, yo lo acompaño, pero no accede a estar sentado aquí frente al consultorio del psicólogo, queda abierta la posibilidad, depende el caso, es a construir.</p> <p>-Acciones? Se interviene desde el equipo, se construye el proceso de atención y de acuerdo a eso son las acciones que se desarrollan.</p> <p>-Dispositivo? No tengo claridad. Cada vez que aparecen estas situaciones uno plantea distintas modalidades. Ver la necesidad de una internación...o la internación compulsiva...la verdad que estas internaciones compulsivas no nos han dado resultado. Se escapan porque son instituciones de puertas abiertas. Lo que se había planteado como una modalidad de intervención es lo que está relacionado con la capacitación de jóvenes en oficio. Tuvimos la suerte, quizás por la historia del barrio con la capacitación en metalurgia, pudimos seleccionar pibes que estaban comprometidos con la problemática del consumo, es hacerles notar la presencia del Estado de otra manera y con algunos chicos que estaban más complicados, algún efecto ha tenido.... Por ej. Estos pibes que estaban complicados: uno lo internamos en bs. As, el otro quedo acá en el barrio y hoy está esperando un bebé con su novia. A partir de esa intervención él sabe que puede llegar acá, controlar su embarazo, es la construcción a la que uno apunta, con un plazo mas largo. Yo creo que si nos enfocamos demasiado en el hábito de consumo lo cansamos y lo espantamos. Ellos tienen que entender que el consumo es un problema mas. El dispositivo en si era a partir de un corrimiento de otros sectores del estado que no participaron. Confeccionar la lista de estos pacientes tenía que ver con que uno tenía conocimiento de ellos, después de esos 6 meses de capacitación el circuito quedo interrumpido. Es una intervención para una población con cierta vulnerabilidad o riesgo pero quedó para ser pensado con la gente de promoción, cultura pero después no tuvimos continuidad, pero sabemos cómo son estas cosas, se interrumpen, a nosotros también se nos interrumpen...van pasando otras cosas y uno se va olvidando...las va dejando y si no vienen y te golpean de nuevo.</p> <p>-Espacio de futbol: un dispositivo que se inició cuando todavía yo no estaba...nos dijeron arranquen con los pibes que no tienen ni códigos. Así arrancamos. El espacio en si es un espacio de formación de vínculo, no tiene la dinámica de un taller de futbol, tiene que ver con la posibilidad de entrelazar vinculo con el médico que se acerca...los resultados hace que estos pibes, donde uno no los salvó del problema de las adicciones, pueden venir al centro de salud a una consulta...tienen este modo de llegar, chicos que en el barrio arreglan todo alas trompadas o a los tiros y sin embargo pueden venir acá a traer a su novia embarazada o hacer una consulta desde otro lugar. Tienen una cercanía. Es como que las adicciones quedaran siempre como latente y capaz que tenga que ser así. Yo siempre pienso en este tema de la recaída que me pasa mucho con el alcohólico es un problema de salud, como la hipertensión... a pesar que tome la medicación puede estar a veces con la presión alta. Aparece mucho la sanción...te cae mejor si el tipo no toma y está bien y cuando te viene chupado te enoja, porque es natural pero cuando vos lo pensas decís pero este es su problema... si se pensara desde las adicciones inventaríamos una pastilla y listo... lo obligaríamos a que lo vea alguien de salud mental porque tiene un problema tan estructural que no lo va a modificar. Un poco es la sorpresa de encontrar a ese pibe pudiendo resolver algo de su problema, el tema es pensarlo desde la integralidad.</p>	<p>Drogas y alcohol se presentan de diferente forma</p> <p>Primero enfermería, luego el equipo, salud mental a veces sí y otras no</p> <p>La internación como dispositivo? Espacios de capacitación como intervención? Naturalización? Olvido?</p> <p>La construcción del vínculo vs. la sanción de la recaída Medicalización del padecimiento?</p>	<p>Hay consulta espontánea. No hay demanda de tratamiento</p> <p>Enfermería como puerta de entrada. Lugar que aloja</p> <p>Dispositivos de intervención. Salud Mental e integralidad en salud</p> <p>El lugar de la salud mental en los procesos de atención en salud</p>
--	---	---

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<p>-Ley? Lo hemos leído en el centro de salud. Es largo y muchas veces te perdes, se discute en la reunión de equipo</p> <p>-Se cumple? Que exista la ley me parece que permite que haya una población que vaya ganando un derecho y ahí ganamos todos. No me parece que sea un hecho menor que exista como ley pero va muy atrás de acuerdo a las posibilidades con las que uno se encuentra. Está muy armado, parece accesible pero después cuesta muchísimo sentarse con otro, pensar interdisciplinariamente, pareciera que en este lugar donde vive la gente que le pasan todas estas cosas todavía no tenemos las herramientas para intervenir.</p> <p>-Obstáculos? Tener la ley da un marco para exigir, esto nos atraviesa a todos. Hay un fundamento más sólido para discutir</p> <p>-Gestor? Es difícil pensarlo, pasan los años y siento que he estado en distintas posiciones. Te voy a hablar de lo que se yo que es el abordaje farmacológico de las adicciones. He intentado algún camino en lo que es la formación como médico generalista donde teníamos la idea de que la gente que iba a pedir un lorazepam por el tema de las adicciones si no se lo dábamos nosotros salía a robar entonces aumentaba el riesgo porque se podía morir robando...un lío hacíamos... Vi pasar los años sin que nadie mejorara por el uso de ansiolíticos. Posteriormente intenté hacer un curso para formarme con esto y encontré bastante diferencia. Primero vamos a decirle a la gente que esto los hace mierda...yo me acuerdo que con esto de la reducción de daño vos le decías: bueno...si vas a consumir...deja la cocaína y entráale con todo a la marihuana...la marihuana también te hace mierda. Hay que tener claridad que los tiempos que uno va a trabajar sobre la abstinencia no son superiores a las 6 semanas. Lo que hay acá son carnet crónico de gente que toma medicación más lo que consume. Hay que pensar que es algo que tiene que ver con otro tipo de carencia...la mejor parte que nosotros podríamos hacer es la que nos toca a nosotros...desde la salud, desde la intervención en salud: garantizar el acceso, ver cuando necesita una asistencia farmacológica, trabajarlo con otro profesional, hacer bien eso que todavía nos cuesta...el tema sigue teniendo la carga de la sanción social, la culpabilización del paciente...Se falopea y no se la aguanta...es lo que uno escucha con esta situación y después la aparición de otros sectores del Estado que tienen que ver con el tema...a mi me parecía muy perverso pensar que no se podía hacer nada con los bunker, nosotros teníamos a media cuadra el bunker...la vez que se vino abajo fue porque lo vinieron abajo los vecinos por la muerte de un pibe. Aparecen denuncias por todos lados, sabe todo el mundo, pero con eso no se puede...por qué no se puede? Sigue existiendo el pasillo en el que están todos los pibes que vos intentas captar con otras herramientas...pibes que están sin trabajo...porque no es que dejen de consumir porque tienen trabajo pero sí el trabajo los ordena en esto...cuando pensamos la capacitación laboral está buenísimo pero si pensamos que después como trabajar...decir bueno con los chicos que hicimos la capacitación en metalúrgica vamos a ir arreglando los parques, con el que hacemos la capacitación en panificación vamos a hacer la panificación para los comedores, los centros de convivencia barrial, las escuelas...que tengan otro tipo de enganche...</p> <p>-Rol del trabajador? Me genera esto de la construcción del paciente. Una intervención en salud mental por ej. Si yo te mando al psicólogo y vos vas porque yo te mando...creo que no te va a servir. Mandar a evaluar a alguien que consulta por otra cosa, creo que hacerlo en esta lógica de matricialidad con el psiquiatra que compartimos en el distrito que ve 300 pacientes con un grado de vulnerabilidad tremendo...por lo menos yo acá no lo veo con un tiempo como para mandarle este y que pueda pensarlo solo... me paso con alguien que creía que estaba en un momento que podía hacer con su problemática de consumo y cuando me siento con el psiquiatra me dice: este pibe está a punto de consumir de nuevo, de volver al consumo...y yo lo veía todo lo contrario. Está buenísimo pero tiene que ver con esto de la construcción del paciente, que la consulta con salud mental puede ser algo más, que esto es parte de su integralidad, como es algo más la consulta con el médico, como es algo más tener un laburo.... Se suele escuchar esto: si no hay paciente... es cierto, muchas veces no hay paciente. Me encantaba la idea cuando nos formaban como médicos generalista y nos decían que no era nuestra función emitir juicios de valor o juicios morales acerca de las personas...que nuestro lugar era hacer algo con lo que le pasaba a esas personas...eso cuando uno está muchos años trabajando en un lugar se dificulta...uno conoce muchísimos los procesos y esto te juega en contra. Hoy atendí un paciente alcohólico con el que venimos transitando muchos fracasos y ha venido la familia a plantear : basta de lorazepam porque se toma el lora, el vino y después se pone violento...hoy le decía: para mí es mucho más fácil, más cómodo darte el lora pero yo me quiero sentar a explicarte que esto debe ser de una manera distinta... vamos a construirlo...que se yo, es</p>	<p>Ganar en Derechos, pocas posibilidades de cumplirla. Dificultad de trabajar con otros</p> <p>Hacer bien lo que nos toca. El recurso de la medicalización en nombre de la reducción de daño. Accesibilidad vs. Sanción social; herramientas de intervención en salud vs. Bunker de drogas. No solo capacitación laboral sino también inclusión laboral</p> <p>De que paciente hablamos? Modelo del caso por caso. Frustración</p>	<p>El abordaje interdisciplinario en salud mental</p> <p>La intervención en salud mental. Las políticas públicas como herramientas de intervención</p> <p>El lugar de la salud mental en los procesos de atención en salud. Estrategias de intervención poblacionales vs. El caso por caso</p>
---	---	--

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<p>complejo, es tan artesanal que te genera inseguridad en el caso por caso</p> <p>-Herramientas? Yo no sé si de la manera que nos organizamos garantizamos el acceso que es lo que tendríamos que hacer nosotros. Garantizado eso sí, que aparezcan otros espacios que alojen, otras modalidades, alguien que lo pueda estar pensando desde otro lugar y que no sea solamente acá. En realidad alguien que tiene un problema de adicción es un síntoma de un montón de otras cosas y no solo algo que se tenga que estar pensando solo desde salud y desde acá. También le tiene que tocar a otro sino estamos focalizando el problema en una sola área y no lo vamos a resolver nunca. También la formación, ha habido formación dentro de la municipalidad, algún curso, te da inseguridad trabajar con lo que no sabes. La municipalidad ha metido algo en este último tiempo, a pedido de los trabajadores pero siempre gana el que lo hace...se diluye después en la información para el resto...uno a veces puede y a veces no.</p> <p>-Condiciones de trabajo? Voy a ligarlo a la seguridad de los trabajadores con respecto a la presencia de los bunker...necesitábamos que operara la ley en el territorio. En este lugar opero de alguna manera, perversa si querés porque a algunos que nosotros conocíamos comercializaban drogas, los detenía la gendarmería y la policía le cobraba a los familiares para liberarlos...que no apareciera la ley hizo que pensáramos en algo que nunca habíamos pensado y es en tener seguridad en el centro de salud. Otra es que la demanda ha crecido muchísimo...cuando yo llegué acá teníamos 2800hc. Hoy vamos por las 5200 y somos las mismas personas. En lo cotidiano no te cambia demasiado...siempre vamos teniendo similar número de consulta, en lo que te cambia es en la responsabilidad que vamos tomando. Yo sigo tomando nuevos pero irresponsablemente...te olvidas. El crecimiento de la demanda es un problema que es muy difícil de agendar centralmente. En medio de todo eso que llega, llega también el que consume drogas...es muy difícil una intervención. Es tramposo pensar en que se resuelve con otras áreas, es probable que si se abren otras áreas también se llene de gente queriendo resolver cosas que no encuentra donde resolverlas..</p> <p>-Propuesta? Posibilidad de intentar registrar algunas cosas...eso le da un lugar, un nombre, un tiempo, una historia...pareciera que con estos pacientes tienen la consulta de buena onda...esto no se historiza...el 70% de la población en este centro de salud consulta en forma espontánea...pero cuando se trata de estos pibes no hay registro. No sé si tiene que ver con nuestra inseguridad con estas intervenciones o si será para no registrar nuestras frustraciones, a lo mejor tiene que ver con eso. A lo mejor empezar a registrar que uno desconoce ciertos mecanismos. Acá hay 1 psicóloga...es interdisciplinaria y a eso se suma el consultorio...hay condiciones de trabajo que conspiran para que esto pase así....</p>	<p>Formación del recurso. Excede al sector salud</p> <p>Crecimiento de la población pero no del recurso humano del centro de salud. Mayor demanda de situaciones complejas</p> <p>Registrar las intervenciones con esta población...no se atienden como otros pacientes. Percepción de inseguridad con respecto a las intervenciones. Frustración. Las condiciones de trabajo conspiran contra la inclusión en salud de esta población.</p>	<p>Complejidad de la problemática</p> <p>La complejidad de la problemática. El territorio como complejidad</p> <p>Condiciones para el abordaje de la problemática.</p>
---	---	--

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 2. Medica generalista</b></p> <p>-Generalmente son consultas espontaneas, generalmente concurre un familiar o la novia explicando el problema y ver si se puede ayudar desde acá. Se lo cita al paciente informalmente que me busque...decile que venga a charlar conmigo...generalmente esa es la forma...son pacientes de acá y buscan al médico de familia. Quienes intervienen? El médico, enfermero, las consultas acá entran mucho por enfermería, sobre todo con uno de los enfermeros que tiene más afinidad, mas predisposición con estos pacientes, el lo referencia con el médico.</p> <p>Acciones? Trabajamos con el familiar...no lo vamos a buscar a la casa...por enfermería o por farmacia tratamos de captarlo...estamos alertas a que vuelva algún familiar y volvemos a citarlo. Yo particularmente es raro que vaya a buscar a un paciente</p> <p>Dispositivos? Tengo la experiencia de un paciente HIV, adicto, muy complicado...trabajamos con (ONG), estuvo internado...la verdad que bien eso fue en el 2011 otra con programa A. con tratamiento. Ambulatorio, también en el centro de convivencia barrial con la capacitación en metalúrgica tuve un paciente que estuvo ahí...ahora esta complicado otra vez. La gestión del tratamiento es en equipo.</p> <p>Posibilidades...obstáculos? Primero el acceso es complicado...entrevistas de admisión...es todo un trabajo previo hasta que ingresa si es que lo aceptan...nos han dicho a veces que no, que no tenía las condiciones...también en el seguimiento medio que se pierde ese paciente. Tienes que estar pendiente...no es que te avisan, no hay comunicación entre las partes.</p> <p>Muchos chicos quedaron afuera de la capacitación de metalúrgica...había cupos...eso fue un obstáculo. El seguimiento lo pudimos hacer de cerca, participaba un enfermero del equipo...se hacia un re trabajo. El nos contaba en las reuniones de equipo.</p> <p>Políticas? Texto de la ley? En las reuniones de equipo la hemos discutido.</p> <p>Se cumple? Se busca alcanzar pero hay obstáculos...por ahí tenemos que derivar un paciente por una internación...se nos complica a qué lugar va a ir. Hemos tenido casos de una mujer con intento de suicidio...hemos tenido dificultades para ver que efectora la podía recibir...aunque la ley existe...cuando se presenta un caso y tienes que derivarlo es complicado</p> <p>Obstáculos? En el 2 nivel te dicen que tiene que ser evaluada por un psiquiatra o por un psicólogo y te dicen que ellos en ese momento no tienen y que así no reciben a la paciente...tienes que hacer el circuito primero de que la evalúe el Hospital Psiquiátrico y después recién reciben a la paciente. Si no van al H. Psiquiátrico no la reciben...en otros hospitales la reciben pero queda en la guardia, no ingresa a una internación acompañada por un familiar...generalmente ingresa por guardia, le dan una medicación y le dan el alta rápidamente...no hay respeto por los acuerdos...</p> <p>Políticas gestor? El tema de la inclusión...eso es fundamental. Ampliar el ingreso a las escuelas, al trabajo...</p> <p>Perspectiva trabajador? Rol... estar capacitado para esto...no estamos capacitados uno hace lo que puede...todo el equipo tiene que estar capacitado para este abordaje porque es complejo</p> <p>Herramientas? Capacitación</p> <p>Condiciones de trabajo? Cantidad de pacientes complejos...favorece la continuidad en el tiempo en que un medico permanece en el centro de salud...si no te conocen no te llega esto... por enfermería tienen más acceso...el médico...tocar la puerta del médico es más difícil...por eso el tiempo, el vinculo con el paciente es importante...favorecen... cantidad de pacientes adscriptos que estamos atendiendo...es un obstáculo...</p>	<p>Pedido espontáneo, informal</p> <p>La enfermería como espacio para recibir la demanda. Rol de la familia</p> <p>Dispositivos específicos</p> <p>Barreras de acceso a dispositivos específicos. Se pierde el seguimiento.</p> <p>Quedar por fuera de la oferta institucional</p> <p>Obstáculos para el cumplimiento de la Ley. Dificultad en la articulación de 1° y 2° nivel</p> <p>Barreras en los hospitales generales. Debe ser evaluado por monovalente. Ingresa por guardia y queda allí sin acompañante. Medicalización como intervención</p> <p>Políticas de inclusión laboral, educativa</p> <p>Capacitación o hacer lo que se puede? Trabajo en equipo</p> <p>La complejidad en el 1° nivel. Vínculo con el equipo. Cantidad de pacientes</p>	<p>El lugar de la demanda en salud</p> <p>Enfermería como puerta de entrada</p> <p>Dispositivos de intervención en salud mental</p> <p>Barreras organizacionales en la accesibilidad</p> <p>Quién atiende la salud mental?</p> <p>Políticas de inclusión en salud</p> <p>Capacitación en salud mental en el 1° nivel</p>
--	---	--

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<p>Aporte? Propuesta? Capacitación de los trabajadores. No solo del primer nivel...también en el segundo nivel donde derivamos...tener un equipo en el que estén todas las disciplinas para trabajar mejor.</p>	<p>Capacitación en todos los niveles de intervención. Interdisciplina</p>	<p>La interdisciplina</p>
---	---	---------------------------

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 3. Médica generalista</b></p> <p>Como toma contacto? Uno toma contacto de muchas maneras...en un control de salud uno pregunta los hábitos y sale a veces como un problema a veces no...a veces con un familiar o con una mamá que consulta por otra cosa...también la situación aparece en enfermería sobredosis o intoxicación y en menor medida por una consulta directa.... También alguna institución puede venir a plantear algo sobre este tema para que intervengamos...no la escuela, no es una institución que trabaje este tema, que lo tome... si organizaciones barriales (barrios de pie, movimiento evita) acá trabajamos con ellos. También llega por miniequipos</p> <p>Quiénes intervienen? La t. social se suma siempre...un agente sanitario nos ayudaba bastante...ahora ya no está más... a veces los psicólogos</p> <p>Acciones? No hay un patrón de intervención...se construye el caso a caso...yo hablo con salud mental a ver qué les parece...ellos no intervienen directamente...lo mismo con t. social. A veces intervenimos entre todos y a veces cada disciplina...</p> <p>Dispositivo de la red? Miniequipos es un dispositivo, también algún paciente puntual se trabajó con (ONG) a través de los convenios que tiene salud mental.</p> <p>La experiencia es complicada...trabajar con otra institución que trabaja con otra lógica...en otro contexto, es difícil articular...</p> <p>Posibilidades/obstáculos articular con la otra institución...gestionar los recursos para que pueda acceder.</p> <p>Ley? La conocí a través de la residencia...justo se aprobaba la ley Se cumple? Se busca alcanzar hay dificultad por una cuestión de los recursos y también por los trabajadores porque hay que cambiar la lógica de trabajo de muchos de los trabajadores....falta de capacitación, de recurso de lo estructural y humano.</p> <p>Obstáculos? La lógica de trabajo...la falta de herramientas para abordar esta problemática...la accesibilidad a los servicios a pesar de que esté la ley...la sociedad que cuestiona esta problemática.</p> <p>Gestor? estar más desestructurados para atender este problema de salud...no sé si llamarlo dispositivo. Que sea dinámico...que haya presencia del estado en el barrio. Acá aparte del centro de salud no hay nadie... con miniequipos hemos tenido varios problemas. Gente que conozca la población, que pueda meterse en el barrio...a veces ocurre que el recurso está pero no se encuentran para trabajar juntos, está desarticulado.</p> <p>Rol? Es necesario pensar en estrategias poblacionales, no solo el caso a caso y también poder agendarlo en otro lugar...no que nos quede solo a nosotros acá, en el centro de salud</p> <p>Herramientas? Mas acompañamiento en el día a día...recurso humano que pueda acompañar para que la estrategia se sostenga...falta el seguimiento...falta recurso que pueda acompañar para que la situación llegue a donde tiene que llegar...que haya alguien acompañando si hay una capacitación...si va a un centro de día... articular lo local con otros ámbitos...se produce una brecha entre lo local y otros ámbitos...tomar una medida con niñez...articular...falta eso, hay que acompañar...hay un vacío grande nosotros y alguien mas...tendría que ser también de otra área...</p> <p>Condiciones de trabajo?</p> <p>Favorece conocer la población...obstaculiza no tener políticas públicas en este sentido...uno llama al sedronar y no hay ninguna</p>	<p>Consulta indirecta. Evento de salud por enfermería Pedido de organizaciones barriales</p> <p>Dificultad en conformar equipo con salud mental. No siempre interviene Caso x caso</p> <p>Diferentes lógicas en la construcción del problema y en la articulación. Dispositivos específicos. Miniequipos</p> <p>Dificultad para alcanzar su cumplimiento. Falta capacitación, recurso estructural y humano</p> <p>Faltan herramientas. Barreras en el acceso de la población</p> <p>Conocer la población, caminar el barrio, articular el trabajo</p> <p>Estrategia poblacional, no solo la acción del centro de salud</p> <p>Sostener estrategias de intervención, acompañamiento de otras áreas, no sólo APS</p> <p>Articular políticas entre provincia y municipio. Instituciones que alojen y no que quede a cuenta de la voluntad de los trabajadores.</p>	<p>Demanda espontánea</p> <p>Enfermería como puerta de entrada</p> <p>Salud mental y su responsabilidad poblacional. Dispositivo asistencial individual</p> <p>Quién atiende la salud mental. Salud mental comunitaria?</p> <p>El recurso en salud mental en el sistema de salud</p> <p>Estigmatización</p> <p>Salud mental comunitaria?</p> <p>Salud mental: dispositivo comunitario, poblacional vs. Dispositivo asistencial individual, consultorio</p> <p>Complejidad. Articulación de políticas y acciones.</p> <p>Quien cuida al trabajador?</p>
---	---	--

<p>base en rosario y ves la publicidad que te dice que está con vos... adonde? Falta articulación en las políticas en los distintos niveles de estado: municipal, provincial y nacional. Necesitamos instituciones que alojen...eso es política y no voluntad de los trabajadores.</p> <p>Aporte? Tener dispositivos que incluyan...acá tuvimos una propuesta de capacitación en oficio en albañilería que se cayó...fue muy frustrante, habíamos convocado muchos chicos con esta problemática...todo se frustró... como volves a motivarlo para hacer algo? No sé con qué cara volver a proponer algo con ellos... la inclusión laboral es muy importante para trabajar con esta población.</p>	<p>Inclusión social y laboral</p>	
---	-----------------------------------	--

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 4. Generalista</b></p> <p>Contacto? En general si es un turno programado es porque vino un familiar pero cuando es directamente con la persona es de manera espontánea, no programada en un turno. En general no se da en el consultorio como demanda...sale en el ámbito de la consulta pero no vienen por eso...cuando se da como demanda por lo general se da en enfermería o por farmacia...</p> <p>Quiénes intervienen? Yo atiendo muchos chicos porque entre en lugar de un pediatra entonces recibo muchos niños y adolescentes...el pedido viene de parte de las madres...vienen sin el hijo a contarme.</p> <p>Acciones? Depende...hay que hacer una evaluación si se trata de una urgencia o que es...a veces viene el paciente diciendo me quiero internar y es una urgencia del paciente, hay que evaluar si eso puede esperar a que lo conozca el psicólogo o el t. social, pero estos casos suelen ser complejos, no está bueno que se quede solo el médico... se va armando una estrategia. Trabajamos más con farmacia que con enfermería.</p> <p>Dispositivos en la red? No hay nada armado... hay que armarlo, no hay nada ya armado, hay que ver qué es lo que se necesita en cada caso...está el 2° nivel pero hay que armarlo.</p> <p>Posibilidades/obstáculos? Cuando a veces es una urgencia y llamamos al SIES cuesta que lleguen a tiempo...esto se ha visto como un problema. Si llamamos por un infarto seguro que la ambulancia viene, en eso no hay problema, pero si llamamos por una situación con alguno de estos pacientes problemáticos nos cuesta mucho que accionen enseguida. En el 2° nivel no está muy aceitado el tema con los pacientes con esta problemática...si no es una institución que se encargue específicamente de este tema es distinto porque trabajan bien con la adicción pero en el hospital polivalente hay que levantar varias veces el teléfono para que se ocupen o tomen la situación.</p> <p>Ley? Trabaje en una parte de la residencia...tuve la oportunidad de participar en las reuniones de distrito...había la posibilidad de modificar la ley... me di cuenta después de la importancia de eso... uno podía modificar algo, eso estuvo bueno.</p> <p>Se cumple? Creo que se busca alcanzar...falta mucho todavía... no hay articulación entre los niveles de complejidad y entonces cuesta mucho armar una intervención con otros.</p> <p>Obstáculos? Hay dificultad en el equipo para agendar las situaciones... Hay dos psicólogos, ellos hicieron un trabajo de caracterización de la población que atienden y fueron identificando las situaciones complejas... esas que tenemos que trabajar con otros. Nos quedamos discutiendo quien atiende más y no pensamos como armar con el equipo para abordar estas urgencias o situaciones complejas.</p> <p>Gestor? Propondría el trabajo en equipo, también modificaría la atención del 2° nivel... agregaría guardias de 24 hs. De salud mental... porque en el hospital el paciente entra y queda en la guardia sin atención específica por su problemática de salud mental</p> <p>Rol? Trabajar con un referente que logra acercarse al paciente con problemática de consumo...puede ser el médico u otro miembro del equipo y poder sostener un equipo de referencia para esa situación.</p> <p>Herramientas? Nosotros acá tuvimos "el tocadisco" un dispositivo de salud mental que yo participé...consiste en escuchar música y luego hablar de las sensaciones que nos provocó...recuerdos, emociones, está bueno salía cada cosa.... Uno decía lo que sentía...incluso el paciente conoce al médico desde otro lugar, se establece un vínculo diferente...ahora no está funcionando. Venía un psiquiatra matricial, los psicólogos no participaban allí.</p> <p>Favorece el trabajo tener la demanda espontanea abierta...también el vínculo con la familia. Lo que obstaculiza es que esta problemática se da mayormente en la adolescencia y los adolescentes y varones son los que menos consultan...llegan poco. Hay falta de recurso y a veces les toca esperar para ser atendidos...acá se atiende a mucha gente.</p>	<p>Demanda espontánea. Por consultorio o a través de la familia. Enfermería.</p> <p>Rol de la familia</p> <p>Situaciones complejas. Evaluamos la urgencia. Construcción del caso x caso</p> <p>Trabajo artesanal hay que armar con el 2° nivel</p> <p>Obstáculo para la urgencia en salud mental en hospitales generales. Es diferente en instituciones específicas</p> <p>Conocimiento y valoración en torno a la ley. Falta articulación entre los niveles de complejidad. Cuesta mucho intervenir</p> <p>Dificultad para el seguimiento de las situaciones No tomamos la complejidad, discutimos la cantidad</p> <p>Trabajo en equipo, guardias 24 hs. En salud mental. En el hospital el paciente queda en la guardia</p> <p>Vínculo con la población. Referencia con el equipo</p> <p>El rol del psicólogo en el 1° nivel de atención en salud</p> <p>Vínculo vs. Barreras organizacionales</p>	<p>Enfermería: lugar de la demanda.  Identificar las demandas</p> <p>La complejidad en salud mental en el 1° nivel de atención</p> <p>Dispositivos en salud mental: dispositivos específicos vs. Hospital general. Lugar de la salud mental en el sistema de salud Lógicas de intervención en salud mental</p> <p>La complejidad en salud. Articulación entre 1° y 2° nivel</p> <p>La complejidad en salud mental</p> <p>Quién atiende la salud mental?</p> <p>Salud mental comunitaria?</p> <p>Abordaje interdisciplinario en salud y salud mental</p> <p>Características de la población y la oferta en salud. Barreras en la accesibilidad. Exclusión en salud</p> <p>Capacitación en salud mental.</p>
---	--	--

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<p>Aporte? Hay que revisar los procesos de trabajo, pensar porqué no llegan...nosotros nos tenemos que adaptar a la población. También creo que hace falta más capacitación para estas situaciones.</p>	<p>Capacitación. Revisar los procesos de trabajo</p>	
---	--	--

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 5. Enfermero</b></p> <p>De qué manera toma contacto? El paciente llega de forma espontánea por un suceso o conflicto en el hogar, a veces busca la posibilidad de un tratamiento y a veces pasa por enfermería antes de ver al médico. También sucede que no se anima a hablar con el médico y entonces recurre a enfermería...esa es mi experiencia, al menos es lo que me pasa a mí por como trabajo yo con estos pibes. Generalmente es conmigo por el vínculo que tienen.</p> <p>2- Quienes intervienen? Primero se le pregunta quién es su médico... a veces pasa con s. m. directamente...con el t. social no tanto...su intervención suele ser posterior si hay que hacer una pensión por ejemplo..Es importante diferenciar cual es el problema cuando este pibe llega más allá de la especificidad de cada disciplina.</p> <p>3- Acciones? La atención se ve...depende el modo en que llega. A veces cuando hay situaciones complejas se busca una intervención matricial con salud mental...con el psiquiatra o de 2° nivel. Se construye un equipo de referencia que toma el caso...a veces se lo interna en Comunidad Terapéutica cuando se deriva el paciente.</p> <p>4- Dispositivos en la red? Existía un miniequipo en el hospital A...nos enteramos una vez que mandamos un paciente... igualmente el 2° nivel no lo aloja...es muy complicado hacer una derivación con estos pibes...en el htl. No quieren saber nada.</p> <p>5- Posibilidades/obstáculos? Las posibilidades dependen de cómo intervenimos nosotros...que hacemos acá en el centro de salud cuando llega alguien que hay que bajarlo.... Si lo medicamos y lo bajamos cuando llega al htl. El diagnóstico es otro y lo mandan de vuelta...evalúan que no necesita estar internado, entonces la pregunta es conviene medicarlo? Como obstáculo destacaría el desconocimiento...no sabemos qué hace el htl. Con estas situaciones...hay que poder articular el 1° y el 2° nivel.</p> <p>Conoce la ley? No tengo mucho conocimiento de la Ley...la discutimos en una capacitación que se hizo en el Hospital V. sobre infancia y S.M....siempre se debatía en torno a la Ley. Es en el único lugar donde participé.</p> <p>Se cumple? No sé si se cumple...se intenta hacer lo que se puede...acá se hizo un aloperidol diciendo que era una vacuna antigripal...el pibe estaba con un cuchillo...re puesto...todo lo que vos quieras...con la ley eso no se puede...ahora, cuando estás en la trinchera, en ese momento, lo tenes que hacer.</p> <p>Obstáculos? Antes de intervenir hay que pensar en el seguimiento...sino te quedas solo con la situación, lo bajas y listo... es difícil armar con otros la intervención...uno está en el territorio pero los otros que deben intervenir no están en el territorio entonces algunas cosas te quedan siempre en este lado de la cancha.</p> <p>Gestor? No es solo salud quien tiene que estar...pienso que nosotros estamos con herramientas que son escasas...yo estoy tratando de hablar con los pibes en la esquina y resulta que está el bunker que les vende droga trabajando con ellos también...es muy poco lo que se puede hacer así. Acá en el barrio hay más muertes por violencia asociada al consumo que por dbt o por hta.... No puede ser sólo salud, se llega tarde, no hay legitimidad del trabajador de salud con el bunker en la esquina...solo intervenimos con las consecuencias del consumo y nada más.</p> <p>Rol? Hay que conocer la problemática local, trabajar en prevención...nosotros tenemos el dispositivo del taller de futbol con chicos de 6 a 12 años pero queda corto... También es importante el trabajo con las organizaciones del barrio...se dice fácilmente "el Estado está ausente" no es así, el estado somos todos nosotros...hay que volver a construir colectivamente con todos los</p>	<p>Los jóvenes llegan de manera espontánea por enfermería</p> <p>Se identifica el problema. Primero interviene el médico, a veces salud mental otras trabajo social</p> <p>Las situaciones complejas se busca trabajarlas con el 2° nivel o con instituciones específicas</p> <p>El 2° nivel no aloja, la atención de la salud mental en hospitales generales es complicada. No quieren saber nada</p> <p>Evaluación diagnóstica? Quien comanda la estrategia. Falta de articulación entre 1° y 2° nivel</p> <p>Poco conocimiento de la Ley, por lo tanto a veces no se cumple. Estar en la trinchera</p> <p>Dificultad para el seguimiento. El trabajo en equipo en el territorio</p> <p>Se llega tarde con la intervención...la intervención en salud es escasa frente a los escenarios en los que toca intervenir</p> <p>Vínculo en el territorio...construir con otros. Participación de la comunidad en las acciones de salud</p> <p>Capacitación y trabajo en equipo</p> <p>Vínculo referencia en el territorio Lo poblacional</p>	<p>Demanda espontánea. Enfermería como lugar que aloja</p> <p>El lugar del psicólogo en el equipo. La intervención en salud mental en los procesos de atención en salud</p> <p>Quién atiende la salud mental. La complejidad en salud y salud mental</p> <p>Medicalización del padecimiento. La salud mental y el proceso de atención en salud</p> <p>El marco legal y la articulación entre políticas y acciones en salud y salud mental El contexto de las prácticas en salud</p> <p>Interdisciplina en salud mental. El dispositivo comunitario?</p> <p>Intervención sobre las consecuencias o avanzar sobre las causas. Salud mental comunitaria. Complejidad</p> <p>El rol de la comunidad y la familia en los procesos de atención. Dispositivos comunitarios en salud y salud mental. No alcanza con el equipo</p> <p>Dispositivos y responsabilidad poblacional en salud mental. Salud mental comunitaria?</p>
--	--	--

<p>actores.</p> <p>Herramientas? Es muy importante la capacitación, es decir, saber para qué estoy acá. También es necesario contar con el trabajo en equipo, con recurso en S.M. Hay que trabajar desde lo interinstitucional e intersectorial. Favorece estar en el territorio, salir al barrio, eso favorece el vínculo, al menos así trabajo yo... obstáculo. La población a cargo es mucha...el médico tiene su población, el enfermero tiene toda la población a cargo y a veces no puedes estar al tanto de todas las situaciones, precisas el médico de cabecera para intervenir. No es solo la cantidad, es la complejidad. Aporte? Contar con más dispositivos y capacitación de los equipos que permita mejorar las intervenciones.</p>	<p>Contar con mas dispositivos y capacitación para las intervenciones</p>	
--	---	--

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 6. Médica generalista</b></p> <p>-En nuestro territorio la forma de tomar contacto con el centro de salud es a través de enfermería. O bien llegan por una crisis de abstinencia o por alguna situación ligada a l consumo. A partir de ahí los enfermeros hacen contacto con algún médico, habitualmente médico generalista y se plantea la situación. Muy rara vez es el familiar el que toma contacto.</p> <p>-Quienes intervienen: A partir de que el médico toma contacto con la situación comenzamos abriendo la historia clínica, generalmente son chicos que no tienen su HC, que no concurren habitualmente, y se conforma un pequeño equipo de referencia con la psicóloga y la t. social, y participa un enfermero que fue con el que tomó contacto.</p> <p>-Acciones. Se lo atiende en el momento. Si no está la psicóloga o la trabajadora social vemos que médico lo puede ver. Se lo cita para el otro día sin turno. Se sabe que es una urgencia y que hay que atenderla así.</p> <p>-Dispositivo en la red lo que hay en el Ludueña sur que es nuestra zona es una capacitación en el CCB, que es de electricidad para jóvenes con esta problemática. Con un abordaje con los integrantes del equipo. Yo participo del re trabajo. Me parece que hay que ponerle más fichas a eso. La capacitación la hace alguien que no es del equipo. Sería bueno poder trabajar con los jóvenes otras cosas que hacen a la problemática. Aprender un oficio está bueno pero falta el abordaje de la problemática de estos jóvenes. Eso está trabado, no hay ganas de los otros trabajadores. Derivación a Dispositivo internación a hospitales? 5 o 6 veces derivamos a hospitales generales por cuadros de abstinencia o por episodios cardiovasculares por consumo. Tenemos la suerte que el psiquiatra del centro de salud trabaja también en el hospital C.....</p> <p>-Dificultades. La ley no está aceiteada. Los hospitales no quieren tomar las situaciones. Hay falta de capacitación en los trabajadores. Tener el psiquiatra allí particularmente a nosotros nos ayuda.</p> <p>-Conoce texto de ley? Lo leí. No participé de espacios de debate.</p> <p>-Me parece que no se cumple falta un equipo interdisciplinario las 24 hs. Que tome las situaciones y no quedar a merced de un par de médicos que tienen una formación meramente biologicista. Hay que capacitar para el abordaje.</p> <p>-Obstáculos para aplicar la ley? A nivel local también hay que reconocer que depende en qué momento llega la situación depende del momento del equipo...puede ocurrir que tampoco lo aloje...a veces ocurre que esto tampoco se toma.</p> <p>-Gestor? Capacitación como primera medida, el conocimiento hace perder el miedo y el prejuicio sobre salud mental y más adicciones.</p> <p>-Armar equipo en los servicios de guardia...sabemos que estas situaciones de crisis se dan más de noche y la gente concurre a la guardia. También más recurso humano.</p> <p>-Rol? Los trabajadores en este momento estamos con un rol muy pasivo frente a la problemática. Tendría que haber otro tipo de intervenciones, nos quedamos resolviendo o intentando resolver lo agudo sin un proyecto terapéutico. Es fundamental capacitarse para que esto sea prioritario. Hay que organizar la atención y que esto sea realmente una prioridad. El psicólogo tiene una actitud totalmente pasiva, con muy poco compromiso...aborda la situación en el momento pero se va diluyendo el trabajo interdisciplinario, queda sostenido por el médico.</p> <p>-Herramientas? Tener en claro la ley y que se pueda hacer cumplir. Nadie se hace cargo de eso...se implementa pero no hay decisión al</p>	<p>Demanda espontánea a través de enfermería por evento de salud</p> <p>No "ser paciente", sin "registro"</p> <p>Barreras en la accesibilidad de la población?</p> <p>Como se interviene en la complejidad?</p> <p>Falta articulación entre 1° y 2° nivel.</p> <p>Dispositivos específicos externos</p> <p>Circuitos informales de acceso</p> <p>La capacitación del recurso en salud. Dispositivos externos?</p> <p>Voluntad de los trabajadores</p> <p>El trabajo en equipo en la complejidad</p> <p>La capacitación como herramienta de intervención.</p> <p>Complejidad. Dificultad para el abordaje interdisciplinario</p> <p>El rol del psicólogo en el 1° nivel de atención</p> <p>Articulación de las políticas y las acciones en salud vs.</p>	<p>Admisión por enfermería</p> <p>El lugar de la salud mental en el 1° nivel de atención. Salud mental y proceso de atención.</p> <p>Inclusión en salud</p> <p>La complejidad en salud mental</p> <p>Dispositivo comunitario vs. Atención en consultorio</p> <p>Capacitación como dispositivo de intervención en salud mental</p> <p>Políticas de inclusión en salud</p> <p>Quien atiende la salud mental?</p> <p>Exclusión en salud?</p> <p>Quien cuida al trabajador? La salud de los trabajadores</p> <p>La complejidad en la problemática. Interdisciplina.</p> <p>Estigmatización. Lógicas de intervención externas. Dispositivos de guardia</p> <p>La complejidad en salud y salud mental</p> <p>El lugar de la salud mental en los procesos de atención en salud</p> <p>La complejidad. Escenarios y contextos de las prácticas en salud y salud mental. Salud mental comunitaria?</p> <p>La ley como Política pública</p>
--	---	---

<p>respecto. Habría que ver cuáles son los territorios más complicados que hace que haya un desborde de otras situaciones y esta problemática se pierde.</p> <p>Condiciones de trabajo? Compromiso con el trabajo. Todo el tiempo uno no está desbordado...poner en la balanza el recurso disponible... hay que priorizar las áreas para el abordaje de esta problemática.</p> <p>-Aporte? Cuando hay una ley hay que capacitar a los trabajadores. En los equipos no hay idea. Equipo en las guardias. Lograr que los equipos sean más homogéneos. Preparar los hospitales para que se alojen estas situaciones.</p>	<p>Sensación de desborde. Aumento de la complejidad y no del recurso. Dificultad para el abordaje interdisciplinario.</p> <p>Capacitación a los equipos de la red de salud</p>	<p>La capacitación del recurso en salud</p>
---	--	---

<b>Registro a tres columnas entrevista 7. Psicología</b>		
<p>Directamente, a veces por otro compañero del centro de salud, a veces por administración. Familiares? Se trata de abrir la puerta para que algo se produzca. A veces uno se queda trabajando con el familiar.... Hasta que llega el paciente....si es que llega.</p> <p>Tratamos de trabajar el tema de la derivación para que no sea algo precipitado...que no produzca ningún efecto, que pueda implicarse en el pedido. En un primer momento el equipo intenta alojar la situación y luego se realiza un movimiento donde trabajamos la derivación para que el paciente pueda acudir. No es automático..."tenes este problema de adicción...andá al psicólogo" se trata que el paciente pueda hablar de esto, para que en otro momento pueda pensarse en una intervención de salud mental...se trata del caso por caso, por supuesto. Hay quien pide directo...cuesta mucho sostenerlo...trato de trabajar la referencia con el médico, si han dejado de consumir que puedan tener una medicación para que los baje...trato de trabajar en ese sentido la referencia con el médico. La gente más grande, cuando el consumo les permite un registro de pérdida...cuesta sostenerlo.</p> <p>Red? En algún momento aparecieron los miniequipos...aparecieron las intervenciones con los familiares, las organizaciones...esto fue en el 2006... Actualmente en el CCB con la capacitación de jóvenes...lo que se trabaja ahí es la referencia...chico que estaban sueltos empiezan a aparecer de otra manera en el centro de salud... En internación? En (ONG) costó mucho trabajar con una paciente con problemas de alcoholismo...costó mucho... A través de Niñez también tuvimos una situación pero no fue posible realizar una derivación...no funcionó. Las internaciones de salud mental no son fáciles...no hablemos de adicciones...cuando derivas a un hospital te encontras en algunos hospitales con un equipo de admisión que evalúa si hay que internarlo...es muy difícil trabajar con los hospitales con el tema de adicciones... Trato de recurrir al programa de adicciones...tenés experiencia con el programa? Poca...a veces los pacientes dicen que quieren determinada situación pero es difícil después continuar...vienen apremiados por una situación externa y luego no sostienen un determinado tratamiento en relación a la problemática. Requiere de una implicación que no se está dando...es complejo...no es el tema de la adicción sino que es el escenario en el que se da...aquí los chicos que están en el bunker encuentran una forma de ser, de identidad que nosotros como trabajadores del Estado no estamos pudiendo hacer nada al respecto... no tenemos que ofrecer. El bunker termina dándole trabajo...aún en los familiares...aparece por un lado la denuncia y por otro uno descubre que el bunker es el sostén económico de esa familia...es muy complejo el entramado que se da en esta problemática.</p> <p>-Para mi falta una lectura política de la complejidad de la problemática y lo que eso implica...no todas las personas que consumen son lo mismo. Estamos como representantes del estado 10 pasos atrás de lo que es estamos dando respuestas asistenciales y se nos escapa lo mas complejo, quedamos pequeños en relación a lo que es la problemática en la trama social. Es un fenómeno social.</p> <p>-Ley? Conozco la Ley, participé de debate en alguna oportunidad, es oportuna... pero no se logra implementar.</p> <p>Se busca alcanzar...pero sigue siendo un trabajo artesanal según la transferencia que tengas con el colega eso se logra o no...a veces trabajas mucho una situación y llega al hospital y rebota, vuelve...el territorio sigue sumando y cuesta articular con el segundo nivel.</p> <p>Se sigue pidiendo la guardia de S.M. y esto no se avanza, se emparcha, mientras los recursos no lleguen se sigue resintiendo la relación. También la condición precaria de los trabajadores que están en esos espacios.</p> <p>-Gestor? Las intervenciones con el CCB han sido interesantes...se intenta intervenir para que algo se produzca...no sé si es prevención pero articular</p>	<p>No hay demanda, no hay paciente</p> <p>El rol del psicólogo en el equipo, el caso x caso como construcción de dispositivo de atención</p> <p>Atención en el centro de salud o dispositivo externo específico?</p> <p>Barreras en el 2° nivel de atención. Dificultad para sostener procesos de atención</p> <p>Contexto. Criminalización. Los determinantes en salud mental</p> <p>Falta políticas de Estado, queda a cuenta de la voluntad de los trabajadores.</p> <p>Lo artesanal del trabajo en salud y salud mental</p> <p>Dispositivos de guardia en s.m.</p>	<p>El lugar de la demanda en Salud Mental</p> <p>Dispositivo salud mental comunitario vs. Asistencia individual. La salud mental en el proceso de atención en salud</p> <p>Lo interdisciplinario en salud mental. La complejidad. Quién atiende la salud mental?</p> <p>Complejidad. Los determinantes sociales en salud. Estigma. Exclusión en salud</p> <p>La salud de los trabajadores. Quien cuida al trabajador?</p> <p>La complejidad en el 1° nivel de atención. Dispositivos en el territorio. Quién atiende la salud mental</p>

<p>con lo social permite que otras cosas se puedan producir. Pareciera que el paciente es del centro de salud y eso no es así...el paciente ingresa por el centro de salud pero es de la red...Empecemos a ser una red de salud en serio. Es verdad que tenemos una relación diferente con el paciente... pero esto no puede ser un obstáculo para que intervenga el 2° nivel.</p> <p>-Rol? La ley habla de interdisciplina...uno no se puede pensar solo, es con otro pero con mucho cuidado con la especificidad... una práctica interdiscursiva que nos ubique en el lugar del límite...porque por más que uno intervenga a veces no es posible. Esto hace tensión con el discurso político en donde pareciera que todo es posible...y no es así...</p> <p>-Herramientas? Un poco mas de formación, no quedarse solo, saber que uno cuenta con otro...eso es una herramienta. Las problemáticas son epocales...los síntomas tienen que ver con el discurso del momento también.</p> <p>-Condiciones de trabajo? Favorece el trabajo en equipo...no me siento sola acá...los obstáculos es no poder contar con otro tipo de intervenciones...esto del 2° nivel del que hablábamos... La intervención de la Dirección Niñez..Desde la legalidad en la que opera... Nosotros hablamos de sujetos de derecho, si la ley no opera, desde que lugar trabajas? Es una gran pregunta. Cuando se desmadra y pareciera que todo da igual que no se sabe lo que está bien y lo que está mal, es difícil intervenir.</p> <p>-La ley es preciosa pero hay que garantizar que ese sujeto tenga su derecho...hay que hacerlo funcionar...</p>	<p>La interdisciplina y el límite de la intervención. No todo es posible</p> <p>Articulación entre 1° y 2° nivel. Lo interdisciplinar</p>	<p>Intersectorialidad. Los determinantes sociales de salud</p> <p>Ley, políticas y trabajadores. Articulación para la intervención. Garantizar derechos.</p>
---	---	--

Registro a tres columnas Entrevista 8. Enfermera		
<p>-La consulta que llega a enfermería por parte de los drogadictos no tiene que ver con buscar ayuda, con dejar las drogas, sino que llegan para la atención de lesiones, heridas auto infligidas o heridas por hechos violentos que ocurran en el barrio, pero no buscan acá rehabilitarse, no buscan algo que tenga que ver con la cura. Lo mismo el alcohólico, viene para ser curados, atendidos y nada más.</p> <p>-Si entra por enfermería intervenimos los enfermeros, si la lesión es más complicada se busca al médico...a veces llegan a las 9 de la mañana pero la herida es de la noche anterior y llegan cuando se despertaron de lo que consumieron. Vienen con crisis de abstinencia, temblores, taquicardia...ahí buscamos al médico que esté desocupado pero es ahí, después no vuelven.... Si viene la familia a plantear la inquietud consultan con los médicos, no en enfermería...le ofrecemos lo que tenemos...hay algunos talleres. Por la tarde funciona una escolita, suelen venir las mamas y plantean porque tienen más confianza, se les habla y ofrece el espacio de los talleres que funcionan aquí cerca (talleres de costura, panadería) pero no son actividades del centro de salud.</p> <p>-Participar de estrategias no...cuando piden tratamiento se que se comunican con el centro de día (...) es un centro de día para la ayuda al drogadicto (ONG) se que se han recuperado pero van y vienen...tienen recaídas...lo que veo que las chicas que vienen al centro de salud porque están embarazadas van a la iglesia evangélica, es como que encuentran más contención y le hace muy bien, las ayuda. Les hace un giro la cabeza y al menos durante el embarazo no consumen...después van al taller de cocina y a veces enganchan...es muy difícil por el contexto en el que se da esta problemática...</p> <p>-obstáculos? Posibilidades? El obstáculo es a nivel de los profesionales...hay profesionales pero no tienen turno, no les da la capacidad para atender tantos pacientes...cuando viene el drogadicto...acá se trabaja con turnos dados entonces uno le dice: vení tal día, tal hora, y no da resultado...ahí estamos errando en la práctica...cuando alguien se decide es hoy si uno lo posterga eso se diluye porque la persona necesita resolver ahora...no es que no hay profesionales pero tendríamos que estar permanentemente para la consulta ya...pero no es posible...el adicto cuando viene y no lo atiendes ya se te va...uno dice pucha no pude hacer nada.</p> <p>-Ley? No conozco la ley...La gente de salud mental ha venido cuando hacemos alguna actividad... esto de incorporar las adicciones como problema de salud mental es un giro importante y la gente no lo conoce...activar el circuito es complejo...desde atención primaria tendríamos que dejar de tener miedo y ante una situación poder llamar y decir: mirá tengo tal situación, como podemos hacer...? Uno se queda...y que va a pensar si lo llamo...</p> <p>-Gestor? No se tal vez activar un centro de día y tener personal capacitado porque no todos estamos capacitados...las adicciones son un tema aparte de la curricula de cada uno...salud mental lo vemos muy poquito y adicciones también... sería bueno porque en las zonas periféricas se ve mucho esta problemática. Y tener más llegada a las escuelas sobre todo a la primaria porque el mercado apunta a los niños, los tienen como mensajeros, vendedores y después le van pagando con la droga y los captan como adictos. Poder trabajar en niñez que es el punto más débil...tener un centro de día acá a la vuelta sería más fácil cuando te vienen un chico con una herida auto infringida acompañarlo y que ahí haya un equipo que lo contenga...estar en una sala de espera a veces los incomoda porque la gente los conoce y dice ahí está ese es el drogadicto...el</p>	<p>Intervenir sobre los efectos del consumo Se recibe de manera indirecta un pedido de ayuda</p> <p>Primero el enfermero, luego el médico. Dificultad para una estrategia de equipo</p> <p>Dispositivos de atención específicos vs. Centro de salud</p> <p>Barreras administrativas en el centro de salud que dificultan la atención de esta población</p> <p>Paradigma de intervención?</p> <p>Dispositivos específicos. Capacitación del recurso humano en salud mental.</p> <p>Lo intersectorial</p>	<p>Enfermería como puerta de entrada. Cuál es la demanda?</p> <p>Interdisciplina, el lugar de la familia en los procesos de atención en salud mental</p> <p>Dispositivos de intervención en salud mental comunitaria</p> <p>Accesibilidad en salud. Salud mental en el 1° nivel de atención</p> <p>Políticas de salud, su articulación con las acciones en salud Estigma</p> <p>Complejidad en salud mental. El territorio como intervención</p>

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<p>falopero...no quieren ser vistos, generarle un espacio de mas privacidad, de mas preservación, no quieren ser vistos.          Perspectiva?          -Rol? Ser más activo. Estamos muy pasivo en esto...si le duele algo va a l generalista, si tiene dolor de muela va a l odontólogo...yo creo que en salud mental tenemos que estar más activos...si uno tuviese la oportunidad de tener un equipo pensando en esto y que trabaje con la comunidad en esto, tendríamos otra presencia, ser más activo y también tener la respuesta...llamar a salud mental, y conseguir...no es fácil, no tenes la respuesta. A la tarde no conseguís gente...se diluye la cosa. Con el tema de adicciones es muy difícil con los mega bunker que tenemos en todos lados están captando cada vez más gente...ellos tiran para su lado con otras políticas...son muy inteligentes...un niño que a los 10 años ya empezó a consumir te viene acá con 13,14 su estado físico y su mente cambiada...acostumbrados a tener su plata...son muchas cosas las que tenes que contemplar...no lo sacás del consumo solamente...lo tenés que sacar del consumo, del contexto social en el que está y yo creo que la sociedad no está preparada para eso...tal vez con la ley se empiece a activar...que oportunidad de trabajo tiene un chico que ha sido adicto? Por más que esté reconvertido, curado... que le ofreces después? Como lo devolves a su casa cuando sus hermanos tal vez son adictos, o sus padres...que tipo de contexto le das?          -Herramientas? Contención emocional para los equipos...no la tenemos...cuidar al cuidador, hay poco cuidado. Tener una mirada al equipo de salud, la mirada desde afuera, una contención al grupo, un estímulo, esto hace bien. Ver que pasó después de nuestra intervención...poder ir evaluando nuestra intervención.          Condiciones? Nosotros generamos violencia en la comunidad...cuando esperas 7 horas la ambulancia, o ante la cantidad de gente no pudiste atender... esto genera emociones en la comunidad...cada vez es más la demanda....lo que favorece es que somos solidarios entre nosotros, nadie se queda solo con una situación compleja...cuando hay una situación de violencia la gente también se solidariza con el equipo.          Aporte? Poder tener un equipo abocado a salud mental.. la psicóloga no la tenes...está con turnos dados...tampoco puede salir de su consulta... a lo mejor se podría captar más si la gente encontrara una respuesta en el día.</p>	<p>Función del equipo de salud.          Especificidad en salud mental</p> <p>Lo organizacional como barrera. Dificultad en la articulación entre 1° y 2° nivel</p> <p>Cuidar a los trabajadores. La salud de los trabajadores</p> <p>El desborde de los equipos del 1° nivel.          Dificultad en los procesos de atención</p> <p>El rol del psicólogo en el centro de salud</p>	<p>Quien atiende la salud mental?          La demanda de atención en salud mental</p> <p>El contexto de las prácticas en salud y salud mental</p> <p>Políticas de Estado o voluntad de los trabajadores</p> <p>Quien atiende la salud mental?</p> <p>Trabajo en equipo, interdisciplina</p>
---	--	---

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 9. Psicóloga</b></p> <p>-Contacto? de muchas maneras, derivaciones de los compañeros de trabajo, en muchos casos consultan los familiares...en algunas ocasiones consulta el propio interesado...esto se da después de los 25 años. Con la capacitación laboral para los jóvenes hemos podido tomar contacto con aquellos que son menores de 25 que hasta entonces no llegaban directamente. En ocasiones se da de manera espontanea y otras veces a través de los compañeros del equipo.</p> <p>-Intentamos trabajar que el pedido sea más elaborado...que lo pueda recibir cualquiera del equipo y que yo como psicóloga pueda intervenir en un segundo momento, después que se pueda trabajar el cómo seguir, mi trabajo intenta eso...quizás alguien pueda venir al enfermero porque es su referente, no siempre una persona va a estar preparada para ser derivada al psicólogo...que no signifique directamente ir al psicólogo...quizás es más resolutivo ese contacto con alguien que ese alguien derive al psicólogo...</p> <p>-Hemos podido tener contacto con estos jóvenes a través de el dispositivo de capacitación, esto ha sido exitoso...arrancó el año pasado y este se repitió con algunos jóvenes con los que antes no habíamos podido.</p> <p>-Posibilidades, obstáculos: Amplias posibilidades, la institución ha podido acoger a estos jóvenes...obstáculos, son situaciones muy complejas de vida y las instituciones están complicada para atender esta complejidad...eso complica el seguimiento en los jóvenes con estas historias de vida...el consumo de drogas es uno de los componentes de la complejidad de estas vidas arrasadas.</p> <p>-Ley? Conozco la Ley he participado en espacios en el colegio de psicólogos.</p> <p>Se cumple? se busca alcanzar? : ha habido pasos en ese sentido pero falta mucho...estos pasos han sido más instigados por los trabajadores que por las políticas públicas, ha sido más un movimiento de los trabajadores que de las políticas...</p> <p>Dificultades? Cuanto más esté en la agenda pública más recursos serán destinados...actualmente los recursos son escasos y eso es necesario para la implementación...sobre todo el recurso humano que es escaso...</p> <p>Gestor? No tengo muchas herramientas...hay mucho que la ley de s mental propone como necesario que aún no está...Dispositivos que la ley enuncia y todavía no están.</p> <p>Rol? el recurso humano es lo más valioso...en ese sentido tuve la experiencia de estar cuando empezó la dirección de Salud Mental. antes teníamos mas voz... diseñábamos para donde ir...el rol debe ser más activo, cuando hay más participación hay mas compromiso... Mas planificación, mas espacios de encuentro...no como ahora que ante cada caso...vemos que hacemos...</p> <p>Herramientas? Apertura al trabajo interdisciplinarios para ampliar miradas...los equipos de salud no podemos encontrarlos para trabajar las situaciones... ha habido cambios en el equipo y recién ahora estamos pudiendo intervenir así...porque sino las prácticas son tan fragmentadas que nos terminamos peleando entre nosotros...es tan simple y tan complicado a la vez. Espacios de capacitación, de participación...también son herramientas necesarias.</p> <p>Condiciones actuales de trabajo? Favorecen, obstaculizan... desde lo edilicio estamos atrasados...los centros de salud se han complejizado pero esto no fue acompañado por los recursos necesarios...por los trabajadores y por los usuarios...</p> <p>Aporte? La experiencia del dispositivo grupal me parece un espacio interesante de trabajo...deberíamos contar con más espacios para estos dispositivos grupales como espacios de construcción para otra cosa...son espacios de inclusión para esta problemática muy ricos.</p>	<p>Demanda espontánea. Dispositivo de capacitación como herramienta.</p> <p>El rol del psicólogo en el equipo de salud. El segundo momento.</p> <p>Dispositivos de intervención?</p> <p>Lo intersectorial</p> <p>Dificultad en la implementación de la Ley. Políticas de Estado o movimiento de los trabajadores</p> <p>Implementación de dispositivos según propone la ley</p> <p>Participación del trabajador en el diseño de las políticas</p> <p>El desborde de los equipos atenta contra la interdisciplina. Capacitación, participación</p> <p>Lo edilicio y el recurso humano resultan insuficientes</p> <p>Lo grupal. Construcción con participación</p>	<p>Dispositivos de intervención en salud y salud mental</p> <p>Demanda en salud mental. Dispositivos en salud mental comunitaria</p> <p>La complejidad en salud mental. El contexto de las prácticas.</p> <p>Articulación entre políticas y acciones. La Ley como garante. El trabajador como actor social.</p> <p>Rol del trabajador. Planificación de acciones. Implicancia de los trabajadores de la salud mental</p> <p>Herramientas para la intervención en salud y salud mental.</p> <p>La salud de los trabajadores. Condiciones para el abordaje de la complejidad</p> <p>Inclusión en salud. Construcción colectiva de los procesos</p>
---	--	--

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 10 Trabajo Social</b></p> <p>-Toma contacto? Viene la persona muy rara vez...generalmente viene un flir. Se intenta que a partir de esa consulta con el familiar llegue la persona interesada. Si es paciente del centro de salud se le da una entrevista con el médico, a veces con salud mental, es lo mas difícil...es una preocupación por no saber que hacer con esa persona... cuando la respuesta es tiene que venir la persona y siempre es por su voluntad...la gente pide ayuda porque no sabe que mas hacer con su hijo o con su familiar, y muchas veces nos atribuyen ese poder de policía y creen que podemos resolver desde allí...cuando se les explica que no por lo general la consulta no se realiza. Han sido muy pocas las situaciones que llegan.</p> <p>-Quienes intervienen? No siempre el paciente está referenciado...supongo que debe darse más con el médico la consulta...</p> <p>-Acciones? Mi intervención es a veces cuando la persona tiene alguna discapacidad.... Si tiene PRO FE se busca alguna institución que tenga convenio con PRO FE y que trabaje la problemática, a veces se necesita un informe del centro de salud...esa es la modalidad que nos damos con salud mental</p> <p>-Dispositivo de la Red? Miniequipos y el CCB con proyecto de capacitación.... Son dispositivos inespecíficos. Hay chicos que tienen problemas con el consumo y se intenta ofrecerles esta capacitación. En cuanto a tratamientos dentro de la red a veces se interna en el Carrasco alguna situación pero yo no he intervenido. Desconozco si alguien ha sido internado o derivado a través del programa de adicciones. Con respecto a la experiencia con capacitación esto posibilita que los jóvenes se incorporen a un espacio institucional...está pendiente que puedan incluirse en el mercado laboral... las dificultades se dan con respecto a la continuidad...las demoras en el pago de la beca...esto incide en el ánimo de los jóvenes. La mayor dificultad es que esto se termina, ellos preguntan qué va a pasar después...</p> <p>-Ley? No participé de ningún espacio...si conozco por leerla...en el equipo se trabajó? Por ahí es algo que comparto con la psicóloga, no se discutió en el equipo...</p> <p>Se cumple? Son interesantes en sus enunciados...faltan dispositivos, equipos, sino recae en APS...es muy artesanal lo que se hace. Implementar esto es complejo...que el hospital lo tome...</p> <p>-Obstáculo? No hay protocolo, se va armando, no hay nada de antemano....</p> <p>-Gestor? Replicar, generar más dispositivos inespecíficos es fundamental...creo que el pedido de ayuda sería diferente...hay que aumentar las experiencias...estas quedan a cuenta de los trabajadores y no como política pública. Las instituciones que existen no son accesibles para la población con la que trabajamos...no hay familia que pueda acompañar...</p> <p>Rol? conocer la legislación, el marco, a que cosa nos convoca y cuáles son los límites...evaluar que es lo posible hacer de lo que llega acá..</p> <p>-Herramientas? Lo edilicio, acá no siempre tenemos consultorios libres, eso hace a la calidad del trabajo...que haya un eje de discusión en los equipos sobre estos temas... poder llevar la</p>	<p>El lugar de la demanda en salud mental La construcción del paciente.</p> <p>Dificultad para construir estrategia de equipo</p> <p>Lo social por fuera de la estrategia de intervención en salud mental?</p> <p>Dispositivos específicos externos al equipo del centro de salud</p> <p>La dimensión social en salud?</p> <p>La capacitación laboral sin inclusión laboral?</p> <p>La capacitación como herramienta e insumo del trabajo en equipo. Dificultad en la articulación entre 1° y 2° nivel de atención</p> <p>Dispositivos de intervención que contempla la ley?</p> <p>El derecho a la salud. Inclusión en salud</p> <p>Lo edilicio como barrera</p>	<p>La intervención en salud mental La función del psicólogo</p> <p>Interdisciplina. La intervención en salud mental en el 1° nivel de atención</p> <p>Quien atiende la salud mental?</p> <p>La complejidad en el territorio</p> <p>El territorio en salud y salud mental. La intervención en lo social. Lo comunitario Los determinantes sociales en salud</p> <p>Articulación entre políticas y acciones en salud. La complejidad en salud mental</p> <p>Políticas o voluntad de los trabajadores?</p> <p>Perspectiva de derechos en salud y salud mental.</p> <p>Exclusión en salud.</p>
--	---	--

<p>discusión a otros niveles...crear las condiciones para abordar sino es leído como un fracaso de APS.</p> <p>-Condiciones de trabajo? La demanda es mucha...cuesta seguir las situaciones complejas...no es a mí a quien más le plantean este tipo de situaciones... creo que es necesario reconstruir la historia de esa persona, conocerla...eso es muy difícil...tenemos una psiquiatra matricial y una psicóloga...es difícil abordar esta problemática. Hay que hacer una lectura más compleja del contexto...el Estado llega tarde en la vida de estas personas porque no estuvo antes...en la escuela, en la familia en la organización laboral de estas familias...en las situaciones de exclusión social previas a la problemática de consumo.</p> <p>Propuesta? Esto nos invita a pensar que hay un marco que nos compromete pero deben existir otras instancias para que esta intervención sea posible.</p>	<p>Cuidar al trabajador. Vínculo con el paciente. Lo territorial</p> <p>Lo intersectorial del trabajo. La estrategia poblacional. Políticas de salud y educación</p>	<p>La salud del trabajador. La complejidad en el 1° nivel de atención. Quien atiende la salud mental?</p> <p>Contexto de las prácticas. El campo del trabajo en salud</p>
--	--	---

<p><b>Registro a tres columnas entrevista 11. Psicóloga</b></p> <p>Contacto? Depende la situación. A veces se da por una consulta espontánea, o bien por una situación que aparece en el centro de salud por enfermería o por la consulta al médico. La familia, sobre todo las madres o parejas a veces pueden plantear alguna situación relacionada con la problemática.</p> <p>-Quiénes intervienen? Por lo general el médico pide la intervención de salud mental cuando hay una demanda de tratamiento. También se trabaja con farmacia y con el psiquiatra el tema de las pastillas que a veces buscan para bajar.... Es depende la situación. Por enfermería se trabaja algún episodio asociado, pero el psicólogo no siempre interviene.</p> <p>-Acciones? Tenemos dificultades para intervenir. El pedido de internación es en la crisis, y se hace muy difícil que el 2° nivel tome la situación...hemos tenido casos en donde la internación se realizó en otra provincia...tampoco tuvimos éxito ya que el pibe se volvió enseguida.</p> <p>-Dispositivos dentro de la red? Acá funciona el tocadisco, es un espacio para pacientes de salud mental...no hay un re trabajo con el equipo....al principio participaba pero ya no, no hay continuidad. Con respecto a la capacitación de jóvenes en oficio hemos tenido una experiencia no muy buena... cuesta sostener los procesos, no hay una continuidad en el mercado laboral...los chicos terminan la capacitación y? vuelven a la situación anterior....son chicos que necesitan de un acompañamiento distinto....</p> <p>-Posibilidades, obstáculos? Los obstáculos son los que te mencioné, la falta de continuidad de esos procesos...a veces el cobro de la beca también trae sus dificultades porque se demora y eso genera desconfianza. Las posibilidades es que así logramos que algunos pibes se acerquen...sino no vienen a consultar al centro de salud.</p> <p>-Ley? Conozco la ley, no he participado de espacios de discusión acerca de su implementación.</p> <p>-Se cumple? La Ley es un marco de trabajo pero falta mucho para su implementación...es necesario pensar en dispositivos de intervención que acompañen todos...hay que incluir a los familiares en el diseño de las intervenciones...ahí hay un abismo...ni siquiera estamos los trabajadores en una mirada común del problema. En APS estamos desbordados de situaciones complejas que nadie acompaña...en los hospitales no hay quien se haga cargo.</p> <p>-Obstáculos? En los centros de salud recibimos situaciones complejas... el consumo de drogas es algo que siempre está, no digo que lo naturalizamos pero no es visto como problema por los pibes...la realidad de la droga en los barrios es distinta...los bunker han copado la escena...los pibes están tomados por esa realidad. En ese contexto es muy difícil intervenir.</p> <p>Gestor? Primero hay que decir que el consumo de drogas es un problema de salud. Actualmente se ve más como un problema de inseguridad que como un problema de salud. Se pide gendarmería y no psicólogos....La formación también es algo a priorizar. Hace falta capacitación a los equipos para intervenir...creo que eso es fundamental.</p> <p>Rol? Atendemos la demanda y eso nos deja sin posibilidades para estar construyendo con el equipo las situaciones...creo que el rol debe ser más activo, con una mirada sobre el territorio, con conocimiento del territorio...estamos encerrados en los consultorios atendiendo lo que llega...y lo que no llega qué?</p> <p>Herramientas? Quizás haya que pensar en dispositivos de intervención en el territorio...estar trabajando fuera del centro de salud. No hay un equipo que tenga esta lógica, ninguna institución toma el tema...y salud no puede</p>	<p>El lugar de la demanda en salud mental?</p> <p>Dificultad para intervenir en equipo.</p> <p>Barreras en el 2° nivel. Intervención en crisis</p> <p>Lógica del dispositivo? La falta de continuidad De los procesos. La inclusión social y laboral</p> <p>Construir un vínculo para el trabajo en salud</p> <p>Dificultad en la implementación de la ley Articulación entre los diferentes actores sociales. La agenda en salud</p> <p>Naturalización del consumo. Es problema para quién?</p> <p>Criminalización del consumo</p>	<p>Demanda en salud mental. Quien atiende la salud mental?</p> <p>La interdisciplina</p> <p>La complejidad en el 1° nivel de salud.</p> <p>Proceso de atención en salud y salud mental</p> <p>Contextos y escenarios donde se desarrollan las practicas en salud</p> <p>Estrategia de atención en salud y salud mental</p> <p>Políticas públicas y acciones. Su articulación. El Estado como garante del derecho a la salud</p> <p>La complejidad en salud y salud mental. La intervención del 1° nivel de atención</p> <p>El campo de la salud mental</p> <p>La intervención del trabajador de la salud mental. Lo comunitario como</p>
--	---	--

Eggimann A.M. "Atención a sujetos usuarios de drogas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental: la perspectiva de los trabajadores de Atención Primaria de Salud del Distrito Noroeste del municipio de Rosario". [Tesis de Maestría] MEGyPS. Universidad Nacional de Lanús 2015.

<p>sola y menos el centro de salud...somos pocos para mucho.          Condiciones de trabajo? Lo edilicio y la organización del centro muchas veces atenta contra el acceso de esta población...habría que pensar en otros días y horarios donde pasa la cosa... es necesario contar con guardias de salud mental para los hospitales... se hace difícil reconstruir algo cuando ocurre un fin de semana en una guardia de hospital... Estar en el barrio favorece el vínculo con la gente y por lo tanto el trabajo.          Aporte? Creo que hay que pensar en políticas públicas que respalden la iniciativa de algunos trabajadores...hay que coordinar acciones para que este problema pueda ser tomado por los equipos de salud.</p>	<p>capacitación de los equipos...mas recurso en salud?</p> <p>El rol del trabajador de salud y salud mental.</p> <p>Lógica de intervención de las instituciones de salud. Barreras en el acceso.          Dispositivos de guardia para la intervención          Que se espera de una intervención en salud mental?</p> <p>El cuidado del trabajador</p>	<p>dispositivo de intervención</p> <p>Interdisciplina e intersectorialidad</p> <p>Exclusión en salud. Barreras organizacionales</p> <p>La salud del trabajador de salud</p>
---	---	---