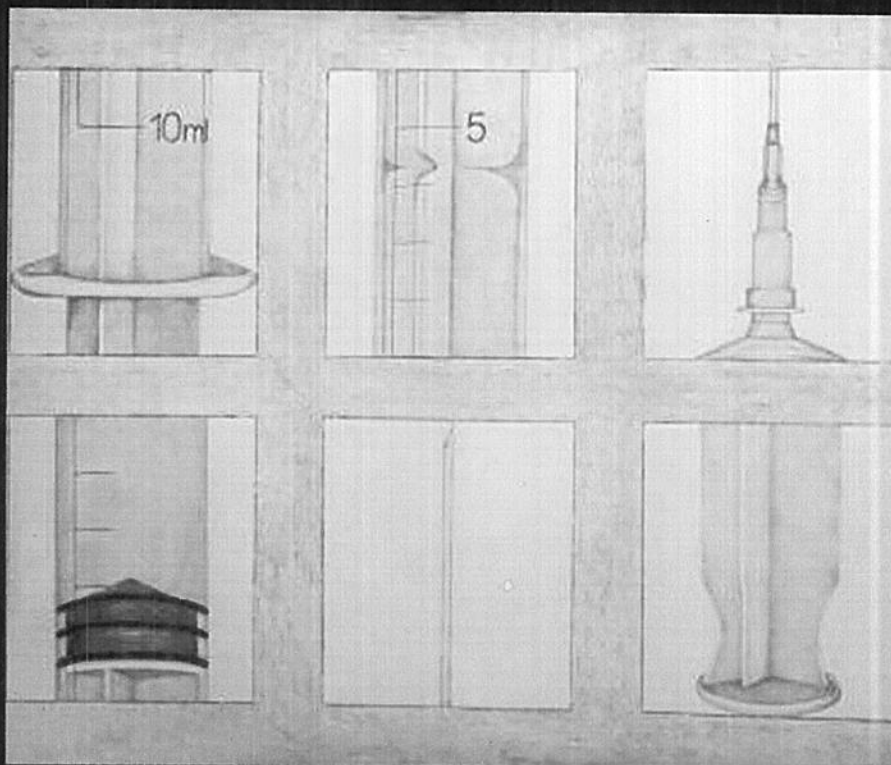


UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
MAR DEL PLATA

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES EN EL CPA DE MAR DEL PLATA UN ESTUDIO DE CASO



Apellido y nombre del autor: Alberro Mónica Liliana
Matrícula y Año: 4560/98
Cátedra o Seminario de Radicación: Problemas Sociales Latinoamericanos

Director: Mg. Pacenza María Inés
Codirector: Lic. Más Fermín

Octubre 2008. Mar del Plata

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
f-18. A	104
	N° INVENTARIO:
	R-560



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Facultad de Psicología

Título del Proyecto:

**“Prevención y atención de las adicciones en el CPA de
Mar del Plata. Un estudio de caso”**

**PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION DE
PREGRADO**

Apellido y nombre del autor: Alberro Mónica Liliana

Matrícula y Año: 4560/98

Cátedra ó Seminario de Radicación: Problemas Sociales Latinoamericanos

Director: Mg. Pacenza María Inés

Codirector: Lic. Más Fermín



DESCRIPCIÓN RESUMIDA

Título del Proyecto: “Prevención y atención de las adicciones en el CPA de Mar del Plata. Un estudio de caso”.

Resumen

En la actualidad el tema de las adicciones a diferentes tipos de sustancia ha adquirido una significación y una magnitud sin precedentes con respecto a épocas anteriores, sea por su alcance, sus riesgos como por sus consecuencias para la población. Es por ello que desde los diferentes estados se han generado políticas públicas e instituciones encaminadas a la prevención, el abordaje y el tratamiento.

El propósito de esta investigación es caracterizar la figura del Centro Provincial de Atención a las Adicciones de la ciudad de Mar del Plata, su estructura y su funcionamiento como eslabón fundamental dentro de la red de instituciones efectoras que responden a la estrategia socio-sanitaria de la provincia de Buenos Aires.

Para la realización de este trabajo se toma como caso el Centro Provincial de Atención (CPA) de Mar del Plata que pertenece a la Zona Sanitaria VIII y el área de influencia que le corresponde.

Palabras clave:

Salud Pública – Adicciones – Instituciones

DESCRIPCIÓN DETALLADA

Título del Proyecto: “Prevención y atención a las adicciones en el CPA de Mar del Plata. Un estudio de caso”.

1. Motivos y antecedentes

La problemática de las adicciones y sus consecuencias nos sitúa en un terreno de gran complejidad al momento de plantearnos su abordaje ya que son muchos los factores que condicionan al individuo en el marco de la sociedad actual, uno de cuyos pilares básicos es el *consumo*.

Se propone a los individuos el consumo de bienes-objeto, siempre renovados, como una forma de acceder a una *posición social*, lo que implica acceso (*inclusión*) para algunos y segregación (*exclusión*) para otros; este fenómeno provoca la existencia de amplios sectores con un alto grado de *vulnerabilidad social* (Minujin, 1998). Esto constituye un modelo de sociedad excluyente que se ha consolidado en la década de los ‘90s donde se produjo un proceso de descolectivización de vastos sectores de la población acompañado por el comienzo de una individualización de lo social, y configurándose, de esta manera, la figura del *ciudadano consumidor* (Svampa, 2005).

El sujeto queda entonces resumido a consumidor de bienes universales, clausurándose todo tipo de reconocimiento de su singularidad (Bousoño, 1997). El consumo sin límites se ha impuesto por sobre todas las cosas, transformando fines e ideales, y multiplicándose las sensaciones de vacío, de apatía y de frustración -que se intenta aplacar con más consumo (Castoriadis, 1997)- dentro del cual se incluyen los tóxicos, legales e ilegales, como un objeto mas que se ofrece en el mercado.

El consumo de drogas remite a épocas inmemoriales, pero la adicción a ellas con las características actuales es un fenómeno propio de nuestra época que requiere intervenciones adecuadas y efectivas (Mayer, 1998). Lo que se llama *adicción* desborda la capacidad de comprensión y abordaje de las distintas disciplinas, pues no se estaría tanto frente a una estructura clínica particular -en presencia de un fármaco específico, o de una modalidad delictiva- como frente a un tipo nuevo de subjetividad socialmente constituida; porque la figura del adicto es posible en situaciones en que el soporte subjetivo del Estado ha dejado de ser el ciudadano y ha pasado a ser el consumidor (Lewkowitz, 2000.)

La drogadicción expresa dramáticamente uno de los lados más críticos de la sociedad de consumo y cuando se asocia la *dependencia* a las drogas *ilícitas* se está negando una gran

parte del problema en los márgenes de la tolerancia social, ya que se naturalizan prácticas “moderadas” y socialmente aceptables (Miguez, 2003).

El enfoque sanitario entonces no apuntaría a las sustancias en sí, sino a las conductas de jóvenes y adultos vinculados con el alcohol, el tabaco y otras drogas (ATOD) que se traducen en conductas de aislamiento, de desgarramiento respecto del entorno social y con un trasfondo de insatisfacción básica y no solo existencial (Domanico, 2003). Se produce entonces lo que Robert Castel (1996) llama la *desafiliación* del sujeto adicto, homologando esta realidad con la del vagabundo de la sociedad pre-industrial -ambos completamente sobreexposados al riesgo social por ausencia de ataduras en relación al trabajo, la familia, el porvenir y otras instituciones-, contando solo con su cuerpo como único bien y al cual hará gozar o destruirá, transitando trayectorias oscilantes en situaciones permanentes de *vulnerabilidad social*.

Por otra parte se complejiza la labor de la salud pública al tratar con una enfermedad que evoluciona en la clandestinidad (Mate, 2003), es decir la población objetivo está clandestinizada (se considera población “clandestinizada”, debido a que la ley 23.737 penaliza la tenencia de drogas ilegales e influye en el acceso de esta población a los servicios de salud); y la autopercepción de la enfermedad es baja, lo que determina que la mayor parte de la demanda no se manifieste y quede por fuera de los dispositivos terapéuticos, razón por la cual la planificación de los servicios sanitarios que atienden esta problemática se hace mucho más difícil que en otras áreas de la salud.

En los últimos quince años en la Argentina, y particularmente en la provincia de Buenos Aires –territorio que condensa el 40% de la población del país-, se puede observar una mayor incidencia de las conductas adictivas de la población (Mate, 2003). En esta provincia según estadísticas correspondientes al Observatorio Provincial sobre sustancias adictivas dependiente de la Subsecretaría de atención a las Adicciones y el Plan Gestión, y según el primer estudio sobre consumo de sustancias adictivas realizado en el año 2003, solo en el conurbano bonaerense 1.300.000 personas mayores de 18 años y 280.000 adolescentes de entre 15 y 18 años abusan de bebidas alcohólicas. Con respecto a las sustancias ilegales existen en la Provincia cerca de 450.000 mil personas que consumen regularmente drogas ilegales, fundamentalmente cocaína y marihuana, y con menor frecuencia en alucinógenos, pasta base, inhalantes y éxtasis. (Plan gestión 2003/2007, estudio sobre consumo de sustancias adictivas.)

Frente a esta situación, y ante la inexistencia de una estructura pública que permitiera atemperar el consumo de drogas, establecer su detección precoz y atender a la población afectada, en Julio de 1993, se creó por ley, en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, la

Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones (SPADLA). En el año 2002 como producto de la reforma administrativa iniciada en el estado provincial, se determinó el traspaso de responsabilidades de esta área a la órbita del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires, transformándose en la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, la cual conforma hoy en día y en conjunto con la Subsecretaría de Planificación de Salud, la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, y la Subsecretaría de Control Sanitario.

Dentro de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones funcionan 183 Centros Provinciales de Atención a las Adicciones; distribuidos en las once regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Los CPA son abiertos a la comunidad, públicos y gratuitos, y se enmarcan dentro de la política pública en el área asistencial. Cuentan con consultorios externos y centros de internación, lo que la convierte en la mayor red preventiva, asistencial, pública y gratuita del país (Plan Provincial de Atención a las Adicciones 2003-2007).

En la ciudad de Mar del Plata que según datos del último censo de población y vivienda (2001) cuenta con una población de 611.225 habitantes (Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001- INDEC, proy. 2006) funciona un CPA, ubicado en la calle Buenos Aires 2865, que atiende la demanda.

La adicción a sustancias adictivas -tanto legales como ilegales- constituye en la actualidad un problema social global, o sea un problema de y para todos, muy abarcativo; no deja edad, ni sector social, ni ámbito geográfico sin tomar (Calabrese, 2004). Esto ha sido aceptado por los ejecutivos sanitarios, permitiendo que se produzca una resignificación colectiva de las adicciones y abordando, de esta manera, el problema desde el punto de vista de la comunidad y no meramente como fenómeno individual. Al respecto el Plan Provincial de Atención a las Adicciones declara: *“es una sociopatía, es un síntoma social, un subproducto del consumismo como valor social, no un problema individual o un síntoma psicológico de una persona”*, esta es una manera de encarar el problema involucrando todo un espectro de variables, el consumo de drogas reproduce un negocio, una cultura y un entorno (Mate, 2006).

Como todo síntoma, también tiene la dimensión singular de lo que tiende a mantenerse mudo, excediendo el plano de las representaciones (Donghi y Fleischer, 2006).

Generalmente la población que necesita ayuda no la pide, es por ello que se debe salir al encuentro de los pacientes a través de una mayor visibilidad y presencia del servicio, porque la drogadicción como síntoma social exige nuevas modalidades de abordaje, porque día a



día adquiere ribetes y variantes que se complejizan no solo con la oferta de nuevas drogas, sino también por las diferentes forma de consumirlas (Donghi, 2006).

A la luz de lo expuesto se puede observar la importancia que tiene en la actualidad la problemática del consumo y abuso de sustancias adictivas y los riesgos asociados - accidentes de tránsito, embarazo precoz en adolescentes, aumento de enfermedades infectocontagiosas (HIV-SIDA), violencia en las calles, accidentes laborales, maltrato familiar- y, en consecuencia, las implicancias que acarrea, para el sistema sanitario público, la prevención, la atención y el tratamiento de estas

Es propósito de esta investigación profundizar el análisis de la institución Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) de la ciudad de Mar del Plata como efector del sistema sanitario público, que tiene como objetivo dar respuesta a la creciente demanda de atención de esta problemática.

2. Objetivo General

2.1 Caracterizar estructura, función, propósitos sanitarios del CPA como institución efectora de atención a las adicciones.

2.2 Evaluar funcionamiento de atención a la demanda.

3. Objetivos particulares

3.1. Caracterizar la demanda de atención que se atiende en el CPA local en función del perfil de los pacientes, el tipo de adicciones, la edad, el nivel socio-económico y la procedencia de la demanda (juzgado, derivación sanitaria, demanda personal, demanda familiar, escuela, etc.).

3.2 Describir la capacidad instalada del CPA local: dotación de personal, infraestructura, recursos materiales, servicios sociales y servicios de salud mental según niveles de atención.

3.3 Analizar correspondencias y discrepancias entre los niveles prescriptivo (lo expresado a nivel programático en el Plan Provincial de Atención a las Adicciones) y lo real (cómo se plasma en el CPA local).

3.4 Analizar la relación entre la demanda efectiva y la atención que presta el CPA local según niveles de atención.

4. Hipótesis

La demanda de atención a problemas de adicciones produciría desbordes en la capacidad instalada del CPA local y desequilibrios entre los diferentes niveles de atención.

5. Métodos y técnicas

5.1 Para realizar la presente investigación se procederá a tomar entrevistas en profundidad a informantes calificados del CPA local.

5.2 Se realizará una observación densa del campo institucional de dicho CPA.

5.3 Para reconstruir el perfil de usuarios, se relevarán las historias clínicas de los pacientes que han concurrido a la institución durante el año 2006.

5.4 Se recopilarán textos, publicaciones y programas relacionados con el Plan Provincial de Atención a las Adicciones y se hará un análisis documental del mismo.

5.5 Se realizarán análisis de datos cualitativos y cuantitativos según la estructura de los datos construidos.

6. Cronograma

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del marco teórico	X											
Recolección de documentación		X										
Entrevistas a Informantes Calificados			X									
Observación Densa			X									
Historias Clínicas				X	X							
Análisis documental						X	X					
Análisis de entrevistas a Informantes Calificados							X					
Análisis de Servicios								X				
Análisis de Historias Clínicas									X	X		
Análisis General											X	
Elaboración de Informe Final												X

7. Lugar de realización de la investigación

Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) Número 357 – A, sito en la calle Buenos Aires 2855 de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

8. Bibliografía básica de referencia

-Bousoño, T. (1999): Toxicomanías y segregación. *Revista Psicoanálisis y el Hospital*. Buenos Aires: Editorial Del Seminario.

-Calabrese, A. (2004): *Droga o indigencia del pensamiento*. En: <http://Bioetica.Org>. (disponible on-line) 15 -03- 07

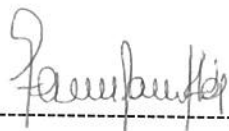
-Castel, Robert (1996): *La Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

-Castoriadis, C. (1997): *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.

- Censo Nacional de Población y Vivienda (2001): Instituto Nacional de Estadística y Censo.
- Domanico, A. (2003): *Ahora mas cerca que nunca*. En: <http://sada.gba.gov.ar> (disponible on-line) visto el 20-03-07
- Donghi, A.(2006): *Innovaciones de la práctica, dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: Editorial JCE.
- Donghi, A., Fleischer, D. (2006): *Innovaciones de la práctica, dispositivos clínicos en el tratamiento de las adicciones*. Buenos Aires: Editorial JCE.
- Lewkowicz, I. (2000): “Subjetividad adictiva: un tipo psicosocial históricamente instituido”. En: Donghi,A., Vazquez,L. (comp.): *Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar*. Buenos Aires : Editorial JVE.
- Mate, C. (2003): *Vicios privados y salud Pública* . En: <http://sada.gba.gov.ar> (disponible on-line) 20-03-07
- Mayer, H. (1998): Adictos, esclavos contemporáneos. *Revista Zona Erógena*. Buenos Aires.
- Miguez, H. (2003): *Tolerancia Social*. En: <http://sada.gba.gov.ar> (disponible on-line) visto el 20-03-07
- Minujin, A., Bustelo,E. (1998): *Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes*. Buenos Aires: Editorial
- Plan Provincial de Atención a las Adicciones (2003/2007). Subsecretaria de atención a las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
- Svampa, M. (2005): *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Editorial Taurus.
- Wacquant, L.(2000): *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Editorial Alianza.



Firma del Director

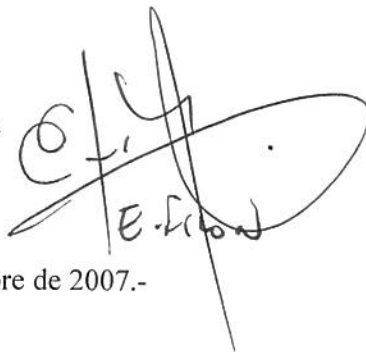


Firma del Co-Director



Firma del alumno

Resultado de la evaluación



ALABADO

Mar del Plata, 05 de Octubre de 2007.-

INDICE

1.- INTRODUCCION.....	3
2.- ANALISIS PLAN PROVINCIAL DE ATENCION A LAS ADICIONES 2003 – 2007.....	15
3.- DESCRIPCION DE SERVICIOS.....	28
4.- ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS.....	36
5.- PERFIL DE PACIENTES de CPA Mar del Plata.....	88
6.- CONCLUSION.....	94
7.- ANEXOS.....	105
8.- BIBLIOGRAFIA.....	121



Mi agradecimiento a todo el personal directivo, profesional, técnico y administrativo del CPA de Mar del Plata que acompañó mis dos años de recorrido por la institución, contribuyeron a mi aprendizaje, y permitieron la realización de esta investigación, sin ellos no hubiera sido posible.

A mis Directores Maria Inés Pacenza y Fermín Más que me aportaron su conocimiento y me posibilitaron profundizar mis reflexiones.

A mi hija Victoria que colaboró con su cuadro “Descartable esterilizada con óxido de etileno atóxica libre de pirógenos” que es portada de este trabajo.

A mi hija Amanda que fotografió las instalaciones de la institución, a mi amigo a Gastón que colaboró con el diseño gráfico, a mi hija Flora que me acompañó pacientemente en toda mi carrera.

Y para finalizar el recuerdo a todos quienes supieron brindarme su apoyo y compañía, y contribuyeron en todo mi desarrollo profesional y personal, en todos estos años.

Mónica Liliana Alberro

INTRODUCCION

Los usos de drogas son un fenómeno universal, mientras que la existencia de la drogodependencia como fenómeno social es característico de las sociedades urbano-industrializadas (Romani, 1992).

La práctica del uso de drogas comienza a ser definida como anormal y como problema, recién en la segunda mitad del siglo XIX donde las dependencias se plantean como un problema social. El pasaje del morfinismo a la morfinomanía señala la transformación de una práctica privada en actividad antisocial. (Touzé, 2002)

A fines del siglo XIX se acuña el termino toxicomanías, para designar a aquellos que abusan de drogas no tradicionales en Occidente; de la referencia de un producto de predilección se pasa a la descripción de una desviación: el abuso, forzosamente perverso, de un producto toxico (Touzé, Ibíd.), para Castel “el toxicómano no es un simple consumidor de drogas, sino un consumidor que no administra su consumo” y agrega “ la toxicomanía ha sido definida históricamente como un problema social, es decir como cuestionador de la naturaleza del lazo social, por lo tanto interviene el poder publico”. (Castel & Copel, 1994)

Para Castel las dependencias se plantean como un problema social “cuando una sociedad no puede conformarse con movilizar sus regulaciones tradicionales para enmarcar el consumo de sus productos. Este momento no es simplemente pensar en la lógica del abuso o del exceso, sino en la de la ruptura, el consumo entonces empieza a representar para el autor, un peligro y una fascinación” (Castel & Copel, Ibíd.) El peligro se presenta porque el consumo ha sido desregulado y ya no está inscripto en los rituales colectivos; la fascinación porque se abre un modo de vida alternativa, organizada en torno a otro sistema de valores vigentes.

Se volvieron entonces necesarios los heterocontroles (Castel y Copel, Ibíd.), pues los usuarios de drogas pasaron a ser percibidos como una amenaza, tanto desde la perspectiva de la defensa social, como de la salud pública, los heterocontroles toman la forma de políticas, de intervenciones puntuales, es decir como dispositivo social para abordar una problemática que ha alcanzado la dimensión de hecho social a diferencia de los controles societarios planteados también por este autor, que son aquellos que son llevados adelante por la sociedad civil en forma cotidiana. La erosión de los controles societarios podría relacionarse con la instalación en la comunidad de una baja percepción del riesgo y del daño del consumo, particularmente en sustancias legales como el alcohol y el tabaco (Tabares, 2006)

Con la aparición de los heterocontroles, la cuestión de la droga se torna en una cuestión de Toxicomanías, cuestión de la responsabilidad (tratamiento y/represión) de un problema especial por parte de los agentes especializados. En nuestras sociedades, dos instancias se encuentran en una situación de rivalidad - colaboración para el heterocontrol de la toxicomanía: la justicia y la medicina.

Ahora bien, intentando un mayor acercamiento a la complejidad de la temática, es importante señalar que cuando surge el capitalismo las drogas como todo lo demás se convierten en mercancías, tienen valor de uso y de cambio, es por ello que ocuparán un lugar dentro de la economía mundial.

En los '70 se concretó la irrupción del sistema internacional de producción, distribución y consumo de drogas psicoactivas de origen natural. La década del '80 fue la de crecimiento y expansión. La década del '90 está marcada por la estabilización de ese sistema conformado por tres bienes transitables ilícitos: marihuana, cocaína, opiáceos (Morales, 2007), todo ello estaría dando cuenta de la trascendencia económica del fenómeno en las últimas décadas tanto en el plano de la legalidad como de la ilegalidad, en la cual quedan implicadas en muchos casos las economías de países productores, economías tanto regionales como así también domésticas, que dependerían del tránsito de esta mercancía.

Junto con estos cambios de características económico-políticas se ha ido transformando con los años la postura social frente al fenómeno de las toxicomanías. Los imaginarios sociales producen valores, gustos, ideales y las conductas de las personas que conforman una cultura. El imaginario es el efecto de una compleja red de relaciones entre discursos y prácticas sociales, que a su vez interactúa con las individualidades. Se constituye a partir de las coincidencias valorativas de las personas, manifestándose en lo simbólico a través del lenguaje y en el accionar concreto entre las personas, conformando prácticas sociales. El imaginario no suscita uniformidad de conductas, sino más bien señala tendencias. La gente, a partir de la valoración imaginaria colectiva, dispone de parámetros apócalos para juzgar y para actuar.

Bronislaw Baczko señala "que es por medio del imaginario que se pueden alcanzar las aspiraciones, los miedos y las esperanzas de un pueblo. En él, las sociedades esbozan sus identidades y objetivos, detectan sus enemigos y, aún, organizan su pasado, presente y futuro. Se trata de un lugar estratégico en que expresan conflictos sociales y mecanismos de control de la vida colectiva. El imaginario social se expresa por ideologías y utopías y también por símbolos, alegorías, rituales y mitos. Estos elementos plasman visiones de mundo, modelan conductas y estilos de vida, en movimientos continuos o discontinuos de preservación del orden vigente o de

introducción de cambios” .La imaginación social, puntúa Baczko, "además de factor regulador y estabilizador, también es la facultad que permite que los modos de sociabilidad existentes no sean considerados definitivos y como los únicos posibles, y que puedan ser concebidos otros modelos y otras fórmulas." (Baczko, 1985)

Los imaginarios sociales al ser productos humanos, no permanecen estables o duraderos a lo largo de la historia, sino por el contrario, ambos se van modificando constantemente, independientemente uno del otro. Los medios masivos de comunicación intervienen en forma activa en las ideas regulativas de las conductas, saberes de nuestro tiempo y finalmente en la formación de subjetividades, y del imaginario social tal como sucede con la formación o construcción del sujeto adicto. Cada grupo humano que se define con alguna finalidad comparte un denominador común, en este caso el discurso. Los sujetos cambian de discurso cada vez que cambian de roles o instituciones. La eficacia del discurso depende del éxito en conseguir los objetivos, los discursos a su vez deben estar avalados por las prácticas. En los '50 el mundo de las drogas se limitaba a individuos marginados. Las drogas eran consumidas por los excluidos de guetos, músicos.

En los '60, el tema comenzó a presentarse como una lucha de proporciones épicas entre el bien y el mal. Las drogas y la maldad eran sinónimos y tenía que combatirse para preservar a la sociedad buena, el aspecto moral era de importancia central. (Mazzoti, 2003)

En los '70, las drogas y la lucha contra ellas ya no eran importantes. La atención se dirigía hacia el individuo que consumía drogas para tratar de descubrir porque lo hacía y evitar que reincidiera. Se empezó a distinguir entre “consumidores”, cuyo problema era básicamente la enfermedad y “traficantes” considerados delincuentes. Para los primeros el tratamiento médico se volvió prioritario. (Mazzoti, Ibíd.)

En los '80, se produce nuevamente el cambio. El individuo que consume ya no es lo importante, se acepta hasta en pequeñas dosis. Se incrementa el consumo doméstico. Se sancionan nuevas leyes que distinguen entre el enfermo y el delincuente y en algunos países deja ser punible. (Mazzotti, Ibíd. p.11).

Estos discursos se han producido desde las diferentes disciplinas o saberes. Como problemática hipercompleja como es la drogodependencia y los fenómenos a ellas asociados, aparecen consideraciones diversas que responden a enfoques específicos y variados, que a veces pueden combinarse o superponerse enfoques como el de la psiquiatría, la medicina, enfoques desde lo jurídico, lo político, lo religioso, lo sociológico, lo filosófico, lo psicológico. Cada óptica, al otorgar mayor o menor importancia a algunos de los aspectos de la problemática construye en cierta forma, una realidad, esto supone privilegiar algunos datos y relegar otros. Se elaboran



maneras de ver las cosas y a su vez determinan formas de comprensión de los fenómenos. (Korman, 1990)

Es así que a lo largo de los últimos años, se han ido sucediendo diferentes términos para definir a las personas que consumen drogas; la semántica de los términos que se utilizan posee un efecto muy concreto en cuanto al valor y contenido de los mensajes, por la asociación de ideas que lleva a cabo el receptor ante los mismos. La palabra “drogadicto”, una expresión heredada del inglés drug-addiction, hace referencia a la adicción. Socialmente, es una expresión que ha ido convirtiéndose en peyorativa, asociándose a delincuencia sobre todo. Su significado: “Hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos”. Esta definición supone una personalización de las sustancias, dado que se le asigna a una sustancia una capacidad que no tiene, la de dominio, siendo un objeto inanimado. Y su utilización sitúa al consumidor de drogas en la posición de dominado. (Arroyo, 2003)

La palabra “toxicómano” se origina a partir del vocablo manía. Socialmente, también ha adquirido connotaciones peyorativas, por asociación a delincuencia y a otra palabra como vicio, especialmente relacionada con la definición de la manía como un “afecto o deseo desordenado”, Toxicomanía sería el “hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor”. (Arroyo, *Ibíd.*)

La palabra “drogodependiente” se utiliza desde finales de los años ochenta, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la drogodependencia como “un estado psíquico y algunas veces físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo y que se caracteriza por modificaciones de la conducta y por otras reacciones que incluyen siempre un deseo invencible de consumir la droga, a fin de experimentar nuevamente sus efectos psíquicos y evitar a veces el malestar de su privación”.

La tendencia actual es definir a la adicción como el consumo compulsivo de sustancias, o sea todo el síndrome producido por sustancias tóxicas, y se denomina dependencia de sustancias al síndrome global de la conducta, según lo explicita el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – DSM IV- (Vallejo, 1998)

Los discursos sostenidos desde las distintas disciplinas (jurídicas, médico/sanitario, sociológicas, socioculturales, psicológico/psicosocial) abordarían entonces la problemática de la drogodependencia haciendo énfasis en uno de los elementos que conforman la conducta adictiva: la sustancia, el consumidor o el contexto.

Parecería necesario evitar posturas reduccionistas en el estudio de la adicción, si bien es cierto que la tendencia actual es la adopción de una perspectiva multidimensional e interdisciplinar, dada la complejidad de dicho fenómeno

Ahora bien, será a partir de la década del '60 que se produce un cambio profundo en el perfil epidemiológico del consumo de drogas, mas allá de que el alcoholismo siempre fue un problema político de primer orden.

Ello podría relacionarse de alguna manera, con la modificación en torno a las drogas ilegales en todo el mundo en cuanto a las implicaciones económicas, políticas, éticas y sanitarias.

En la década actual el consumo de drogas, crece de acuerdo al crecimiento de la población y de su capacidad de consumo, lo cual prueba que no ha variado la función de utilidad, que las sustancias psicoactivas tienen para importantes segmentos de la población.

El uso de drogas antes considerado un asunto de salud individual, ahora en su carácter de masivo, pasó a convertirse en un problema de interés de Salud Pública. Esta generalización del problema ha provocado en nuestro país distintos intentos de respuesta por parte de profesionales de la salud, la educación y de la comunidad en general.

La creación de los primeros centros de atención de usuarios de drogas en Argentina, abonó una construcción inicial del uso de drogas como problema psiquiátrico - toxicológico, cuyo control fue confiado a profesionales médicos, para pasar a ser "percibido, categorizado y significado como un problema social para el cual se requería la colaboración de otros profesionales y también luego de los ex - adictos (Touze, Op. Cit.).

En nuestro país en el año 1967, dentro de la cátedra de toxicología de la facultad de medicina, se crea el Fondo Toxicológico de ayuda Toxicológica (FAT), institución que va a incursionar en el tratamiento desde un abordaje interdisciplinario.

- Esta metodología surgió como cuestionamiento de la investigación tradicional de las tres disciplinas que tenían contacto con drogodependientes: a) medico sanitarista, b) ético jurídico, c) psicólogo social. La interdisciplina es lo contrario a la ilusión de crear un modelo total, es la técnica de entrecruzar dos enfoques científicos e intentar un tercer elemento que se ajuste a la realidad cuestionada. En el inicio fue la toxicología que en su descripción de la droga en sus efectos de cronicidad, necesitó del aporte de la psicología descriptiva; también la medicina legal fue el eslabón entre el derecho penal (en relación a tenencia y distribución, a la cuestión de si son imputables los adictos que trasgreden el código penal) y la psiquiatría; la necesidad de crear instituciones

para los drogodependientes hizo que surgiera una crítica desde la sociología que, dialogando con la medicina sanitaria, fue creando las técnicas de prevención que surgieron en los años 70 (ética social) y en la década siguiente abrieron el camino para la interdisciplinariedad universitaria (Calabrese, 1994)

En el año 1973 se crea en la Argentina el CENARESO (Centro Nacional de Reeduación Social) que se va a constituir en la primera institución de asistencia, prevención e investigación de la problemática adictiva dependiente del sector estatal. También surge el Departamento de Prevención de la Policía Federal y más tarde lo harán las policías provinciales y la gendarmería.

- En el inicio fueron los hospitales el lugar de contacto entre la Universidad y los drogodependientes, la creación del CENARESO influyó en la diferencia entre este “enfermo” y la atención psiquiátrica, nuevamente la sociología hizo la primera interdisciplina en el plano del tratamiento. Un paso siguiente fue la apertura de instituciones privadas que en la Argentina tomaron gran relevancia: clínicas especializadas en la drogadicción utilizaron la psicología de la conducta, la investigación universitaria creó un modelo de psicoanálisis aplicados a las cuestiones de la marginalidad social. La asistencia social fue la herramienta, que introducida en las distintas instituciones (hospitales, comisarías, juzgados de menores) fue creando la conciencia de enfermedad venciendo los prejuicios que rotulaban a los drogadictos como delincuentes y viciosos (Calabrese, *Ibíd.*).

Si bien fue en la década de los noventa que la problemática de la droga se escapó de control, fue durante ese periodo que comenzó a integrar la agenda de problemáticas sociales, como preocupación por la magnitud adquirida en el territorio provincial. (Lorea, 2003)

DEL MODELO ASISTENCIALISTA AL PREVENTIVO ASISTENCIAL

Prevenir tiene el significado de “preparar, llegar antes de, disponer de manera que evite (daño, mal), impedir que se realice, y la prevención en salud exige por lo tanto una acción anticipada, partiendo de estos criterios se analizará en que medida el CPA de Mar del Plata contempla y lleva adelante acciones de prevención de las adicciones, en poblaciones de riesgo o vulnerabilidad social, o si estas formarían parte de una población oculta para la institución.

Partiendo de las consideraciones que establece la Organización Mundial de la Salud que las tres metas principales de la salud serían: la promoción de los estilos para la salud, la prevención de las enfermedades prevenibles y establecimientos de servicios

de rehabilitación de salud, se intentaría establecer si estos tres niveles serían contemplados, en que medida, y con que posibilidades de logro, por parte de la institución en su conjunto.

En la provincia de Buenos Aires fue aprobado en el año 2003 y con una proyección de cuatro años el Plan Provincial de Atención a las Adicciones, que sería llevado adelante por toda la red sanitaria establecida en el territorio bonaerense para prevenir y atender la problemática de la drogadicción. Resulta de suma importancia considerar la relación entre lo normado en el plan y las acciones específicas llevadas a cabo por parte de la institución local, para considerar en que medida su instrumentación es efectiva, y si la entidad cuenta con los recursos necesarios tanto económicos como humanos para llevar adelante los lineamientos determinados en el plan.

Durante el año 1991, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), realizó a nivel nacional una encuesta que arrojó datos que establecían que el 0,9 de la población consumía drogas, es decir 290.000 personas.

En el año 1993, el director del instituto de prevención de las Drogodependencias de la Universidad del Salvador, Juan Alberto Yaría, asume como Secretario de Prevención y Asistencia a las Adicciones del Gobierno de la provincia de Buenos Aires (Gobernación a cargo de Eduardo Duhalde). El interés se habría basado en pasar de un modelo asistencialista a un modelo preventivo asistencial.

“En ese momento la provincia de Buenos Aires era un territorio con una población aproximada de 15.000.000 millones de habitantes, distribuidos en el llamado conurbano bonaerense 9.000.000 y medio y en la llamada provincia interior 5.000.000 y medio. El total de habitantes con necesidades básicas insatisfechas rondaba los 600.000 y una gran mayoría se hallaba en el conurbano. La tendencia era comenzar a implementar los objetivos de la Atención Primaria de la Salud pactada en la conferencia de Alma Ata. Integrar la prevención como parte del problema y la participación comunitaria como parte de la solución”. (Secretaría para la Prevención y la Atención de las Adicciones, 1995)

El modelo preventivo asistencial pasó por tres etapas:

- 1- La formación de Formadores, a través de la capacitación de mediadores sociales llamados “líderes para el Cambio”.
- 2- La conformación de redes sociales partiendo del sistema social local en sus diferentes ámbitos: comunitario, escolar, laboral, familiar, sanitario. Se intentaba formar el Frente Comunitario Preventivo, como sostén de la red asistencial.

- 3- La creación de ciudades preventivas con la participación de tres actores: el aparato político institucional de cada municipio, el conjunto de técnicos de cada localidad, la participación de la comunidad a través de las organizaciones locales representativas. (Secretaría para la Atención y Prevención de las Adicciones, 1995).

Para la Licenciada Carla Lorea, las prácticas se habrían concentrado en la atención a la patología y la prevención como instrumento de acercamiento a quienes padecían el problema. El objetivo sería la captación de nuevos pacientes. (Lorea, *Ibíd.* p. 161)

Desde el punto de vista cuantitativo el movimiento preventivo asistencial llegó a construir 220 centros de prevención y asistencia (CPA) públicos y gratuitos que atendía un promedio de 22.000 consultas mensuales (datos estadísticos, de la Secretaría de Prevención y Atención a las Adicciones, *Ibíd.*)

El plan integral de Prevención escolar habría capacitado a 70.000 docentes y a crear 4.500 centros preventivos escolares. En 10 universidades se formó más de 4.500 operadores socioterapéuticos, según datos del año 1999 de la Secretaría de Atención y Prevención a las adicciones.

Para el Programa Provincial de Atención y Prevención a las Adicciones del año 1995 en el campo Comunitario se formaron 366 comisiones Preventivas Comunitarias integradas por entidades intermedias barriales, y se formaron 3.000 líderes juveniles que operaban como mediadores en espacios escolares y de ocio y tiempo libre de los jóvenes, siguiendo el principio de prevención "par a par".

En el campo familiar se organizaron, según este mismo programa, escuelas para Padres que culminaron en la formulación de una Asociación Provincial de Padres con sede en las 18 regiones en que se dividía la provincia

La red asistencial partía de los centros de Admisión, el segundo escalón de la red eran los GABA., quienes lo dirigían tenían la característica de haber sido pacientes de la estructura asistencial de la provincia. Todos los directores fueron capacitados en la Universidad del Salvador.

2-Los Centros Preventivos Asistenciales constituyeron la creación de un ámbito de contención terapéutica. Dentro de estos centros funcionaban los Hospitales de Día o Medio Día. Este dispositivo tenía la característica de contener pacientes cuyo perfil no respondía a las características de los dispositivos tradicionales de atención terapéuticos.

3-Las Comunidades Terapéuticas eran el siguiente recurso de la red que tenían cuatro modalidades diferenciadas: Centros para patología de doble diagnóstico, Comunidades terapéuticas de tipo educativo, Comunidades de vida, Comunidades de reinserción.

Existían dos centros de desintoxicación (José C. Paz, Lanús) que atendían las emergencias de las adicciones.

Todo se complementaba con la actuación conjunta con el Sistema Judicial de la provincia y con el apoyo del Servicio Fonodroga de prevención y orientación telefónica.

Estos servicios han formado parte de políticas e intervenciones sanitarias llevadas a cabo por el estado, en este caso provincial, dada la importancia y magnitud que ha adquirido el fenómeno, y problemática de las adicciones en las últimas décadas. Esta estructura y sus respectivos servicios se han mantenido hasta la actualidad, en todo el territorio bonaerense, no sin altibajos, ya que la crisis político- económico-social de fines de la década del noventa, produjo recortes presupuestarios en todos los órdenes en la administración pública. Se habría sostenido en este periodo pero con escaso desarrollo. A partir del año 2002 pasa a integrar el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia, con el carácter de Subsecretaría de Atención a las Adicciones, del cual depende el Centro Provincial de Atención a las Adicciones de Mar del Plata, motivo de la presente investigación.

EL CPA DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA

Este Centro de Atención comienza a funcionar a fines de los años noventa, integrando la red provincial de atención a las adicciones, como respuesta a la necesidad y demanda de sectores afectados por la problemática del consumo de sustancias, de esta ciudad, y como parte de las políticas llevadas adelante por la Subsecretaría. El objetivo del presente trabajo estaría orientado a analizar la estructura, propósitos y funcionamiento de este Centro, interés suscitado a partir de la incidencia de implicancias socio-sanitarias de la problemática del abuso de sustancias en el ámbito de la ciudad de Mar del Plata.

Frente al fenómeno de las adicciones que, como ha sido observado anteriormente, crece en magnitud y complejidad surgen interrogantes en relación a la implementación de políticas públicas en materia de prevención y la atención de esta problemática por parte de los organismos estatales responsables.

El desarrollo de la red provincial podría evidenciar una preocupación por parte de las autoridades frente a esta temática, al estructurar un servicio público sanitario de atención y prevención de las adicciones, que ha sido mantenido desde su nacimiento, a pesar de las crisis mencionadas. Siendo este un hecho importante de destacar, pero que a su vez plantea la necesidad de observar si frente a los cambios producidos en relación a la implementación de políticas públicas en materia de prevención y atención

esta estructura se ha mantenido, se ha desarrollado, se ha estancado o ha retrocedido, o se han implementado nuevos servicios en los últimos años; si la estructura organizada hace ya quince años responde a las necesidades actuales teniendo en cuenta el crecimiento de la problemática y las connotaciones sociales asociadas; si se mantienen los niveles de prevención y atención mas allá de lo formal de lo establecido en los planes o programas.

El Centro Provincial de Atención a las Adicciones de Mar del Plata, se halla ubicado en la zona céntrica de la ciudad, con una determinada capacidad instalada, para la atención de pacientes, y para llevar adelante el trabajo preventivo. La institución cuenta con un equipo de profesionales capacitados para atender la demanda y las necesidades de atención a esta problemática.

En esta investigación se plantea:

- Hacer un análisis de las prestaciones realizadas
- Evaluar si los servicios brindados son efectivos y suficientes frente a la demanda existente
- Elaborar un perfil aproximado de las personas que acuden a la institución en búsqueda de atención.

Para poder establecer dicho análisis en el marco de la presente investigación se efectuó un recorrido institucional observando la estructura vigente, sus formas de funcionamiento y los diferentes dispositivos. Esta observación se llevo adelante desde el mes de diciembre del año 2006 al mes de marzo de 2008, concurriendo a la institución dos veces por semana para realizar una observación no participante en las diferentes fases que componen el tratamiento.

Se llevó a cabo una selección, lectura y análisis de material bibliográfico relacionado con la temática a investigar que permitiera una comprensión amplia del fenómeno de las adicciones y su implicancia con la salud pública.

El Centro Provincial de Atención a las Adicciones pertenece a una red provincial de atención sanitaria dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Los lineamientos de trabajo que se llevan adelante en dicha red se establecieron en un Plan Provincial de Atención a las adicciones en el año 2003 con una proyección de cuatro años. Se lleva adelante entonces el análisis programático del citado plan, sus alcances y limitaciones, que permitirá a su vez establecer si se han cumplido los objetivos fijados en el mismo a partir de la observación del funcionamiento del CPA de Mar del Plata.

En el marco de la presente investigación se llevaron adelante en el CPA de Mar del Plata durante los meses de enero y febrero de 2008 entrevistas semiestructuradas, a

directivos, profesionales y técnicos de la institución, con la intención de recavar información sobre

- la formación profesional de los integrantes del equipo;
- los servicios y actividades llevadas a cabo, y la descripción de las líneas de intervención;
- la implementación a nivel local del Plan Provincial de Atención a las Adicciones;
- los dispositivos institucionales con los que cuenta la institución y los recursos existentes para llevarlos adelante;
- descripción de los recursos humanos existentes;
- descripción de la dinámica de trabajo;
- descripción de la articulación del CPA de Mar del Plata con otras instituciones;
- características de la población atendida;
- visibilidad del servicio en la comunidad;
- dificultades prestacionales.

Las entrevistas se desarrollaron en los meses de febrero y marzo del 2008, en un único encuentro con el entrevistado y con una duración aproximada de una hora y media.

La selección de los entrevistados se hizo en base al cargo que ocupan en el caso de los directivos; y los profesionales fueron seleccionados uno por cada área de atención, en el caso de los psicólogos uno por cada fase de tratamiento. En el caso de los coordinadores socio terapéuticos uno por cada área específica.

Se realizaron un total de trece entrevistas, a saber dos directivos, y los siguientes profesionales y técnicos: psiquiatra, abogada, trabajadora social, profesor educación física, tres psicólogos, cuatro operadores socio terapéuticos.

Las mismas fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados, y se completó un protocolo durante su realización.

Se realizó la desgravación textual del material recogido para respetar fielmente lo dicho por los entrevistados.

El análisis del texto de las entrevistas se realizó en primer lugar en base a los ejes de la guía de la entrevista.

Se llevo adelante el análisis del material desgrabado en primer lugar en forma individual, reconstruyendo el caso y utilizando toda la información sobre ellas cualitativo o en el interior del caso y en segundo lugar, se establecieron diferencias y similitudes en lo expresado. (Kornblit, 2007)

Se analizaron posteriormente las entrevistas en conjunto, y las relaciones entre ellas, intentando trascender el dato fáctico que permitiera la elaboración de hipótesis tentativas sobre lo observado.

Para poder determinar el perfil de paciente que demanda atención se llevó a cabo el relevamiento de historias clínicas correspondientes a pacientes ingresados en la institución CPA de Mar del Plata durante los meses de marzo de 2005 a marzo de 2006.

El relevamiento se realizó sobre 400 casos. Se tomó en cuenta la codificación de variables que establece la institución en sus registros clínicos.

Las variables fueron promediadas lo cual permitió con los datos obtenidos determinar el perfil sociodemográfico y toxicológico aproximado de los sujetos que demandan ayuda.

A partir de los puntos de análisis establecidos y del material obtenido se arriba a una conclusión que intenta acercar una reflexión sobre la institución pública que ha convocado a esta investigación.

A continuación y como inicio de lo especificado anteriormente se lleva adelante el análisis del Plan Provincial de Atención a las Adicciones 2003-2007, y posteriormente la descripción de los servicios brindados por la institución CPA de Mar del Plata.

ANALISIS DEL PLAN PROVINCIAL DE ATENCION A LAS ADICCIONES 2003 - 2007

El Plan Provincial de Atención a las Adicciones (2003-2007) forma parte de las políticas llevadas adelante por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, área que forma parte del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Esta Subsecretaría surge con posterioridad a la supresión en el ámbito del Ministerio de Salud, de las unidades orgánicas dependientes de la ex Secretaria de Prevención y Atención de las adicciones (SPADLA)¹

A partir del decreto 1370/03 se determinó la estructura organizativa de los cargos que componen la Subsecretaría actual, así como también se fijaron objetivos y lineamientos específicos en relación a la prevención y a la atención a las adicciones. La Subsecretaría proponía una atención integral a las adicciones, y para ello establecía una red socio- sanitaria de atención compuesta por 188 servicios públicos y gratuitos, ubicados en once regiones sanitarias que cubrían la totalidad de la provincia².

Cada región contaba con un coordinador que desarrollaba un plan regional, de acuerdo a las características de los municipios que lo integraban y se ocupaba de la vinculación de los equipos de trabajo, con las autoridades locales y con los referentes sanitarios y comunitarios.

Los servicios de atención de los centros Provinciales ofrecían diversas modalidades terapéuticas: consultorios externos, hospitales de día y de medio día, con el fin de propender a la contención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de adicciones a sustancias. Los dispositivos estaban a cargo de equipos interdisciplinarios capacitados para la atención de la drogodependencia.

¹ Creada en el año 1993 en el ámbito de la provincia de Buenos Aires. Este organismo mantuvo su rango ministerial, bajo dependencia directa del Poder ejecutivo y con un presupuesto independiente (presupuesto anual 21 millones de pesos hasta el año 1998) para la ejecución de políticas de prevención y atención a las adicciones a través de planes, proyectos y programas. La SPADLA desarrolló el programa "10.000 líderes para el Cambio-Formador de Formadores" que tenía como base tres ejes de gestión: capacitación, prevención comunitaria-educativa y el desarrollo de una red asistencial en todo el territorio de la provincia, que contaba con 173 servicios especializados, públicos y gratuitos, con más de mil profesionales que impulsaban la política central de la secretaria en los distintos municipios. El crecimiento y desarrollo de los servicios se vio alterado por del recorte presupuestario efectuado por la administración bonaerense en el año 1998, y a partir de entonces y hasta el año 2001 la política del organismo se limitó a invertir los recursos en el sostenimiento de la estructura. A principios del 2002, el estado provincial determina el traspaso del área al Ministerio de Salud.

² Hoy en día se componen de 177 Centros provinciales de atención a las adicciones (CPA), 8 Comunidades Terapéuticas (159 camas), 2 Unidades de desintoxicación (Hospital Evita, Hospital Mercante, 16 camas), 23 Comunidades Conveniadas (186 pacientes), 40 camas para pacientes duales (Open Door en Hospital Cabred), Servicio Fonodroga (20.000 llamadas en 2006), Programas de Prevención Comunitaria y Educativa.

Las comunidades terapéuticas tanto propias como conveniadas ofrecían una modalidad de atención basada en la internación, ante la imposibilidad de estos pacientes de sostener un tratamiento ambulatorio.

En el caso de las personas con mayor compromiso de intoxicación, se contaba efectivamente con dos centros para su atención, y con un Hospital para internación de pacientes con patología dual³.

El servicio de atención telefónica FONODROGA brindaba orientación en adicciones durante las 24 horas del año, con el fin de atender la demanda anónima de la población.

Los programas de prevención comunitaria y educativa estaban orientados a aquellas poblaciones consideradas de mayor riesgo y vulnerabilidad, como por ejemplo los jóvenes y los sectores de menores recursos

Se propuso como estrategia de intervención sanitaria el aumento de los factores de protección⁴, a través de acciones preventivas (programas, proyectos y planes específicos) dirigidas a poblaciones objetivo.

Se propiciaba el aumento de la cobertura asistencial a través de dispositivos terapéuticos, a partir de una red de atención pública y gratuita extendida en todo el territorio de la provincia, se aseguraría así el acceso equitativo de la población.

Se propuso un marco regulatorio de la oferta de bebidas alcohólicas, a partir de la presentación de proyectos legislativos y la creación de un registro público con el fin de controlar la oferta y venta de alcohol a los menores de edad.

Por último el modelo de gestión propuesto estuvo basado en principio en el logro de la calidad de las prestaciones, así como también la efectividad del gasto público a través de medidas que pretendían asegurar la provisión de servicios de manera eficaz.

El Plan Provincial de atención a las adicciones no explicita causales específicas que operen en la producción de las condiciones necesarias para la instalación, desarrollo y crecimiento del fenómeno del consumo y abuso de sustancias psicoactivas.

Para poner en práctica estrategias de intervención para la atención de las adicciones, se requería información epidemiológica que permita identificar la magnitud del problema y los cambios en las conductas adictivas.

Para la elaboración del Plan Provincial se tomaron en cuenta los datos obtenidos por el Observatorio Provincial dependiente de la Subsecretaría de Atención de las Adicciones, sobre la prevalencia de uso y de abuso de sustancias psicoactivas. De esta manera se realizó en el año 2002 en la provincia de Buenos Aires el "Primer

³ Personas con trastornos psiquiátricos que han incorporado el consumo como dependencia aguda.

⁴ Es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación de la misma. Estos atributos tienden a disminuir o atenuar la vulnerabilidad subjetiva o social (Tabares, 2007)



estudio sobre consumo de sustancias psicoactivas”, que permitió hacer un diagnóstico ajustado a la realidad local fijando políticas específicas para la problemática del consumo.

Este estudio antecedente fue hecho sobre cuatro mil hogares bonaerenses, sobre una población de 8.321.367 habitantes de entre 15 y 64 años.

Los datos relevados indicaron que la población potencialmente en riesgo estaría conformada en un principio por varones entre 15 y 18 años que abusaban del alcohol con fines farmacológicos. El alcohol entonces se convertía en un problema de salud, ya que las cifras habían mostrado que 1.300.000 personas mayores y 280.000 adolescentes abusaban de esta sustancia.

El estado provincial propició la promulgación de diversas leyes, e intentó de esta manera reducir la disponibilidad y la oferta de alcohol, con el objetivo de disminuir el consumo y los riesgos asociados a él, como las intoxicaciones, los accidentes de tránsito o la violencia doméstica y urbana.

En cuanto a las sustancias ilegales, las cifras arrojaron que éstas eran consumidas por 450.000 personas, siendo el mayor consumo el de marihuana, seguido por la cocaína y, en menor medida, por alucinógenos, éxtasis, inhalantes y pasta base. Al mismo tiempo, se registró un número importante de poli consumismo.

En julio de 2003 el estudio llevado a cabo por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, reveló que el 5,2% consume drogas ilegales, por lo que corresponde a una tasa de crecimiento cuatrienal cercano al 50%.

De acuerdo al perfil promedio se estaba entonces en presencia de una demanda de jóvenes varones de 26 años de edad promedio, provenientes de los sectores medios bajos, con aproximadamente ocho años de consumo, generalmente marihuana, con previo inicio en el consumo de alcohol, de nivel educativo bajo, laboralmente incluido y generalmente pertenecientes a una estructura familiar disfuncional, que llegaba al servicio acompañado de un familiar o voluntariamente.

Los datos epidemiológicos recogidos en el estudio antes citado revelaron la magnitud de la problemática en relación al crecimiento del consumo en los últimos años, extendido por todo el territorio de la provincia, y en una franja etárea muy amplia, con prevalencia del consumo de alcohol, pero también de otras sustancias ilegales, con situaciones sociales emergentes, lo que demostró la complejidad del fenómeno de las adicciones considerada desde entonces por las autoridades provinciales no solo como una enfermedad individual, sino como síntoma social,⁵ un subproducto del

⁵Decir que es una sociopatía rompe con la idea de que esto es un “virus”, una “bacteria”, y por lo tanto que se extiende como epidemia, por el cuerpo social. Las adicciones representan una patología que produce disociabilidad, antisociabilidad, trastornos de identidad disociativo, conductas antisociales post-

consumismo, una sociopatía que produce graves consecuencias sanitarias, asociada a otras problemáticas sociales (precarización laboral, desempleo, escasa escolaridad, problemáticas familiares) por lo que se establecieron políticas socio-sanitarias para el abordaje de la misma, a partir de medidas específicas en materia de prevención y atención.

Por las características de las personas atendidas se concluyó que el abuso de sustancias se producía mayoritariamente en jóvenes del género masculino, con varios años de consumo de varias sustancias (policonsumo) fundamentalmente alcohol, pertenecientes a las capas medias bajas, con baja formación cultural, y que se hallaban laboralmente incluidos.

Se planteó en el área preventiva la creación de programas y planes específicos para las siguientes poblaciones objetivo: jóvenes escolarizados y de la comunidad, trabajadores asalariados, población en general, automovilistas.

Los programas de educación preventiva en el ámbito escolar buscaban instrumentar a partir de acciones específicas alternativas de participación y de reflexión de los jóvenes estudiantes, con el objetivo de generar proyectos preventivos con la participación de los docentes.

Se incluyó en el primer año del ciclo polimodal, la materia Salud y Adolescencia en la cual entre sus contenidos se abordaba la problemática del uso y abuso de sustancias, al igual que el material específico para los jóvenes editado por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

El trabajo preventivo lo llevaban adelante docentes de las escuelas medias capacitados a través de cursos cortos y actualizaciones en la temática de adicciones, así como también en los Institutos de Formación Docente se aportaban contenidos sobre la problemática de la drogadicción para desarrollar competencias profesionales específicas.

Los proyectos educativos institucionales se impulsaban desde los Centros Preventivos Escolares (CPE), integrados por padres, docentes y alumnos, que funcionaban en los establecimientos educativos, buscando de esta manera que las proyectos preventivos fueran llevados adelante por todos aquellos que integraban la comunidad educativa.

Como parte del proyecto se incluyó en el calendario escolar el "Día Provincial de Atención a las Adicciones", como una forma de propiciar el debate sobre el tema.

En el plano comunitario, se impulsó el Programa Juvenil "El Espacio" orientado a los jóvenes de la comunidad. El objetivo fue que se generasen espacios de participación

adictivas, afectación de la identidad, por lo que se estaría en presencia de un fenómeno que altera fundamentalmente las relaciones vinculares y sociales.

comunitaria, en los cuales los jóvenes participaban con sus propias inquietudes, se llevaba a cabo a través de talleres de capacitación donde se promovían proyectos productivos, recreativos y culturales. Este proyecto se articulaba con programas para jóvenes de otros ministerios, y se intentaba incluirlo en sociedades de fomento y clubes de los barrios.

Para el sector de trabajadores asalariados, se instrumentó el “Programa de Prevención en el ámbito laboral”, ante la evidencia manifiesta del consumo de sustancias psicoactivas en los medios laborales, lo que provocaba dificultades en la tarea productiva, y riesgos en la seguridad individual y colectiva. A partir de este programa se firmaron acuerdos con empresas, sindicatos, y entidades oficiales para desarrollar capacitaciones, y jornadas sobre la temática del abuso de sustancias. El Plan Comunicacional estuvo orientado a la población en general, mediante estrategias de difusión masiva con el fin de incrementar el compromiso social y reducir el nivel de tolerancia frente a la problemática. Se llevaba a cabo desde los CPA en el contacto directo con la población destinataria, y a través de los medios masivos de comunicación. El eje promocional incluía: publicaciones institucionales de difusión masiva, material audiovisual para medios de comunicación, espacios publicitarios en medios gráficos de difusión, gráfica integral en vía pública e interiores, videos de sensibilización para la población escolar y sectores de fomento comunitario, página Web.

Con el fin de reducir el índice de accidentes provocados por el uso y abuso de alcohol es que se propone el “Programa Provincial de control de alcoholemia”, para aumentar el control en las rutas y calles de las ciudades por parte del personal de tránsito de los municipios de la provincia con apoyo de la policía bonaerense, así como también se provee a las comunas de material tecnológico específico (alcoholímetros).

El abordaje terapéutico se realizaba en los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones (CPA), abiertos a la comunidad, públicos y gratuitos, que se hallaban estructurados en una red que se extendía en once regiones sanitarias de la provincia. Los 183 servicios dependientes de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones contaban con consultorios externos, centros de internación, atendidos por especialistas. Los dispositivos estaban orientados a la posibilidad de recuperación de los pacientes, y a disminuir los riesgos asociados al consumo de sustancias.

La red funcionaba con dispositivos de atención terapéutica que operaba en consultorios, salas de primeros auxilios, parroquias, lo que permitió una mayor amplitud en la atención y la prevención, cuya demanda se complejizaba por las características que revestía esta problemática tanto en el aspecto de la salud como en

el aspecto legal, por lo que los actores comunitarios o los grupos de autoayuda podían lograr un mayor acercamiento de quienes necesitaban atención.

Se trataba de lograr una mayor visibilidad de los CPA en las comunidades, para intentar tener una mejor captación de pacientes y un número mayor de prestaciones, ya que según la estadística los pacientes que demandaban tratamiento solo daban cuenta de un 20% de la población que necesitaba atención. Se planteó desde el plan entonces la intención de aumentar y garantizar el acceso a los servicios de quienes necesitaban atención, procurando que se estableciera la demanda.

Para ello se propuso la extensión de los CPA hacia unidades periféricas en las cuales se adaptaban los programas terapéuticos a las nuevas demandas sociales en relación al consumo de sustancias.

A su mismo los dispositivos terapéuticos se hicieron más flexibles para garantizar de esta manera la accesibilidad y continuidad en los tratamientos, para ellos los dispositivos se establecieron cerca de quienes lo necesitaban, y contaron con una amplia disponibilidad de horarios.

Se implementaron los siguientes dispositivos de abordaje:

-Atención de alcoholismo y tabaquismo, en principio para promover el reconocimiento social del problema, y con la intención de generar la toma de conciencia de estas enfermedades sociales. Se implementó a partir de la capacitación de los profesionales de la institución para la intervención y el abordaje terapéutico.

-A su mismo en el aspecto preventivo se promovieron acciones en los diferentes municipios que trabajaban sobre las situaciones de riesgo de las poblaciones vulnerables.

-Los Grupos de proximidad eran dispositivos de acercamiento indirecto a quienes necesitaban atención, a través de la contención del entorno familiar.

-Los Grupos de Autoayuda Bonaerense en Adicciones (GABA) funcionaban como recurso alternativo terapéutico, a los servicios que prestan la SADA. Los dispositivos funcionaban como grupos terapéuticos, para personas que abusaban de sustancias que no podían sostener un tratamiento clásico, o grupos de familiares. Eran coordinados por personas que superaron su adicción y posteriormente fueron capacitadas para estar frente a un grupo. Este tratamiento se sostenía sobre la base de ayuda mutua y redes de apoyo informales. Funcionaban 87 GABA en toda la provincia.

-Los operadores socio terapéuticos eran referentes barriales que generaban acciones de contención, orientación y derivación al centro asistencial.

-El "Programa de Voluntariado" propiciaba la participación de las familias en el desarrollo de actividades como contribución a la comunidad. Estos grupos eran

capacitados en el abordaje de las adicciones lo que les permitía detectar factores de riesgo, operando como promotores de salud.

-Desde el Servicio FONODROGA se brindaba atención telefónica de orientación en adicciones, era una línea gratuita que atendía llamados las 24 horas. Se encontraba a cargo de personal especializado que ofrecía orientación, contención y realizaba las derivaciones correspondientes. De fácil acceso permitía un vínculo particular con aquellas personas que no se atrevían a realizar un contacto personal.

-El Programa de Atención a Personas con Dependencia a Sustancias Psicoactivas estableció el apoyo económico a personas mayores de edad carecientes de recursos, para que tuvieran la posibilidad de sostener el tratamiento, incluyendo también a pacientes judicializados que estaban bajo la Medida de Seguridad Curativa que estableció la Ley Federal de Estupefacientes 23.737. A su mismo se mantuvieron convenios con prestadores privados a los que se derivaban pacientes luego de determinarse el diagnóstico.

Se realizaron iniciativas compartidas con otras instituciones de la comunidad, impulsando Mesas de Gestión con sectores representativos de la comunidad para definir estrategias de abordaje de la problemática.

Como forma de evaluación de la calidad de la prestación, así como la intervención en el plano comunitario, la internación, los tratamientos ambulatorios y la gestión se crearon los Foros de Producción Colectiva, que se convirtieron en espacios de discusión y actualización de las prácticas, proponían una reflexión colectiva sobre el trabajo realizado por los diferentes equipos.

Se pusieron en marcha acciones normativas que le permitieron a la Subsecretaría de Atención a las Adicciones contar con un marco regulatorio legal tanto en el plano de la problemática específica del consumo y abuso de sustancias, específicamente de las bebidas alcohólicas, y también en la prestación de los servicios y funcionamiento del sistema.

En el año 1996 se dictó la ley 11.825 que estableció la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas en kioscos y estaciones de servicio, que tuvo un acatamiento dispar, ya que en los kioscos la oferta era irregular. Por ello se dictó en el ámbito de la provincia bonaerense la ley 13.178 (2005) que creó el Registro Provincial para la Comercialización de Bebidas Alcohólicas (reBA), por la cual podían vender alcohol los comerciantes habilitados a partir de una licencia que se renovaba todos los años, en la medida que no tuvieran infracciones a la ley vigente que prohibía la venta de bebidas alcohólicas a menores.

Se propuso un proyecto al Congreso de la Nación que tenía como finalidad: restringir las bebidas alcohólicas en cualquier medio o ámbito protegido para menores de edad,

augmentar la carga impositiva a las bebidas alcohólicas, destinar el ingreso que se genere a programas materno-infantiles y de prevención a adicciones, tipificar como delito la venta de alcohol a menores.

Con el fin de generar un marco jurídico que le permitiera asegurar la continuidad de los servicios públicos de atención a las adicciones se presentó un proyecto ante la Legislatura Provincial que intentó la sanción de una ley para crear el Sistema Provincial de Atención a las Adicciones.

A partir de la ley 12.988 se creó el Sistema de Recupero de Costos por Asistencia a las Adicciones. De esta manera la Subsecretaría recuperó los fondos invertidos en tratamientos para pacientes que eran beneficiarios de los seguros de salud.

Con el fin de que la provincia contara con un registro y antecedentes de las instituciones que abordaban el tratamiento de las adicciones y mediante la resolución 1268 del año 2004 se creó El Registro Provincial de Instituciones, Centros y Establecimientos dedicados a esta problemática.

Desde el plan se plantearon una serie de medidas y acciones tendientes a garantizar la calidad⁶ y la efectividad⁷ de los servicios y prestaciones que brindaba la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

Dada la complejidad y el dinamismo de la problemática de las adicciones era necesario contar con datos e información actualizada, para lograr una intervención y abordaje efectivos.

Para ello la Subsecretaría de Atención a las Adicciones contaba con un Observatorio sobre el uso de sustancias adictivas que realizaba la vigilancia epidemiológica del uso de sustancias. Su objetivo era identificar la magnitud y cambios de los patrones de consumo de sustancias adictivas y de nuevas drogas emergentes, basados en los datos provenientes de las fuentes locales.

Se pusieron en marcha para este fin tres estudios de investigación con alcance provincial: “Los efectores de la red pública de adicciones de la provincia de Buenos Aires: factores asociados a la baja cobertura de la población de riesgo”, “Estudio Provincial de prevalencia del Uso de sustancias Adictivas”, y “Estudio para el diseño de programas de optimización del rendimiento de la red institucional de la Sada”, con aportes del Banco Interamericano de Desarrollo.

Con la intención de evitar la fragmentación organizacional, y la dispersión de esfuerzos, y con el objetivo de conformar una red preventivo asistencial que integrara

⁶ Conjunto de características de una entidad que le confieren aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas.

⁷ Es el criterio político que refleja la capacidad administrativa de satisfacer las demandas planteadas por la comunidad externa (el término inglés para efectividad es “responsiveness” – del latín respondere: responder, corresponder) reflejando la capacidad de respuesta a la exigencia de la sociedad.

recursos del estado y comunitarios, se propició en primer lugar la coordinación interinstitucional e intersectorial en los tres niveles de la estructura organizativa de la Subsecretaría: en el nivel central, se propuso una mayor integración entre subsecretarías, direcciones provinciales y programas verticales. En el nivel regional, se promovió la coordinación con otros organismos del estado. A nivel distrital se planteó la integración programática y operativa de los Centros Provinciales de Atención a las Adicciones con las instituciones locales, y municipales.

El plan planteaba que la gestión de la SADA se basaba en el conocimiento de las necesidades de la población a partir del análisis y la evaluación de las estructuras, así como también en la medición continua y sistemática de los resultados de las acciones tanto preventivas como asistenciales.

Se produjo la adecuación y reestructuración de la estructura orgánica funcional a partir de la unificación de la Subsecretaría de Asistencia y Prevención en una Dirección Provincial de Atención a las Adicciones, se pasó de cinco direcciones provinciales, a contar con dos, lo que a su vez permitió ampliar las atribuciones de los niveles regionales y distritales.

Se modificó el esquema de administración a partir de la firma de un convenio con el Banco de la Provincia de Buenos Aires y de esta forma se bancarizó el manejo de los fondos asignados en concepto de subvenciones que la SADA otorgaba para el mantenimiento de los CPA.

Con la reorganización de la estructura organizativa de la Secretaría de Atención a las adicciones se intentó revitalizar en el año 2002, los servicios de prevención y atención a las adicciones que estaban instalados en la provincia de Buenos Aires desde el año 1993. Dichos servicios habrían sufrido el impacto de la crisis financiera bonaerense de finales de los noventa, a través de un recorte presupuestario que en la práctica se habría traducido en la detención del crecimiento en sus programas de prevención y asistencia, y un bajo nivel en la cobertura.

Con el traspaso del área al Ministerio de Salud, se pretendió crear las condiciones para el mejoramiento del sistema de atención y prevención. Es importante remarcar que más allá de los cambios que se hubieren producido, la Subsecretaría se organiza sobre una estructura ya establecida, una red que aunque con dificultades coyunturales ya se había afianzado como proyecto. Esto posibilitó a la nueva Subsecretaría aprovechar los servicios instalados, contar con la experiencia profesional, continuando con los programas existentes.

El cambio de nombre de la Secretaría de Prevención y Atención de las Adicciones a Subsecretaría de Atención a las Adicciones, no implicaría solamente una modificación de su denominación sino también un cambio de posicionamiento frente a la

identificar si esos factores inciden en el problema de manera directa, indirecta o estructural.

La provincia de Buenos Aires ocupa una posición centro-este en la República Argentina, posee una extensión de 307.571 km². Esta dividida en 125 unidades político-administrativas denominadas partidos. Caracteriza a la provincia el conglomerado de los 19 partidos que circundan a la Capital Federal y que constituyen el conurbano bonaerense. Entre los rasgos diferenciales se cuentan la concentración poblacional, la insuficiencia de infraestructura, el fuerte peso de la actividad industrial y comercial. El proceso de rápida urbanización que sufrió la provincia a principios de siglo agrupó en el conurbano al 25% de la población del país en el 0,1% de su superficie. Dentro del territorio bonaerense, el conurbano representa el 1,2% de la superficie, pero concentra el 63% de los habitantes de la provincia. El interior de la provincia con menor concentración poblacional y mayores distancias entre partidos, posee características sanitarias propias pero de cierta homogeneidad. Los efectores sanitarios (provinciales y municipales) están localizados principalmente en las cabeceras de partido en aquellos lugares de la zona que tienen mayor concentración. En relación con estos datos la propuesta programática homogénea con respecto al problema de las adicciones más allá de que el plan permita su adecuación por parte de los equipos de profesionales de cada zona, lo convierte en un instrumento reduccionista que no respeta las singularidades específicas de cada región, y como consecuencia limita las posibilidades de desarrollo de los centros.

Frente a un fenómeno de características tan complejas, que incluye entre otros factores a la persona que necesita atención, a su entorno, que además en muchos casos tiene consecuencias jurídicas- legales a diferencia de otras patologías, que produce efectos sociales y sanitarios; que se vincula además con otros elementos relacionados con lo cultural, económico, social, se hace necesario una intervención que cuente con objetivos multidimensionales, que le permitan actuar en los diferentes niveles de prevención. Se observa entonces que la propuesta de intervención que surge del Plan Provincial se orienta en este sentido, si se tiene en cuenta que manifiesta objetivos en los niveles preventivo, asistencial y normativo.

En el nivel preventivo¹¹ la propuesta de actuar sobre determinadas poblaciones objetivo, y sobre la población en general a través de información masiva, reflejaría el reconocimiento y la intención de operar en este nivel, pero con una perspectiva acotada, ya que la propuesta para el nivel primario no contempla la promoción de la

¹¹ Prevención Primaria: compuesta por Promoción de la Salud y Protección de la Salud
Prevención Secundaria: Diagnóstico Precoz y Tratamiento Oportuno; y Limitación de la Incapacidad
Prevención Terciaria: Rehabilitación.

salud, y la protección estaría dirigida a determinadas poblaciones objetivo, (que no queda claro porque ellas y no otras). La prevención secundaria estaría orientada al tratamiento ya que no se contempla la detección precoz de los síntomas. La prevención terciaria no se incluye en el plan.

En el nivel de la atención¹² se observa una posición más ajustada, mejor planificada, con una mayor amplitud de servicios, y de profesionales para actuar en este nivel. Ello se observa a partir del planteo de sostenimiento de la red de Centros Provinciales, abiertos a la comunidad que prevén la atención de la demanda, a partir de dispositivos terapéuticos y que están ubicados en las diferentes regiones de la provincia; así como también se establece el funcionamiento de diversos grupos, programas, y servicios (Grupos GABA, voluntariado, Fonodroga), que permitirían ampliar los servicios de atención y asistencia.

A la propuesta de intervención deben agregarse las acciones normativas que estarían previstas en el plan con el fin de lograr un mayor control, legitimidad y visibilidad de las acciones efectuadas.

El plan cuenta con un modelo de gestión que permitiría asegurar la realización de los servicios. Dentro de las prácticas planteadas en este sentido es importante destacar la propuesta del trabajo en red, a partir de la articulación de los diferentes estamentos que componen la Subsecretaría, y entre regiones, que permitiría una comunicación mas fluida y de mayor resolución de las problemáticas que se presentan cotidianamente.

En los lineamientos de la práctica de gestión no se explicita como se llevará adelante el financiamiento tanto de los centros de atención, como de los programas y proyectos, es decir cuales y cuantos son los recursos financieros, necesarios para sostener y desarrollar el plan.

No se explicita la dinámica de trabajo a llevar a cabo entre los diferentes niveles de la Subsecretaria (secretarios, coordinadores, directores), y entre regiones.

No se expresa en el plan cual es el requerimiento de formación profesional necesario para integrarse a los grupos de trabajo, ni como se llevará adelante la actualización y perfeccionamiento profesional. Tampoco como se llevará adelante la selección de profesionales que integren los equipos, cuales son los requisitos para integrarlos. No se establece un formato de evaluación tanto para los directivos como para los profesionales, técnicos y operadores, como así tampoco un formato de evaluación de las acciones implementadas tanto a nivel de atención como de prevención.

¹² Tiene por objetivo fomentar, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas.

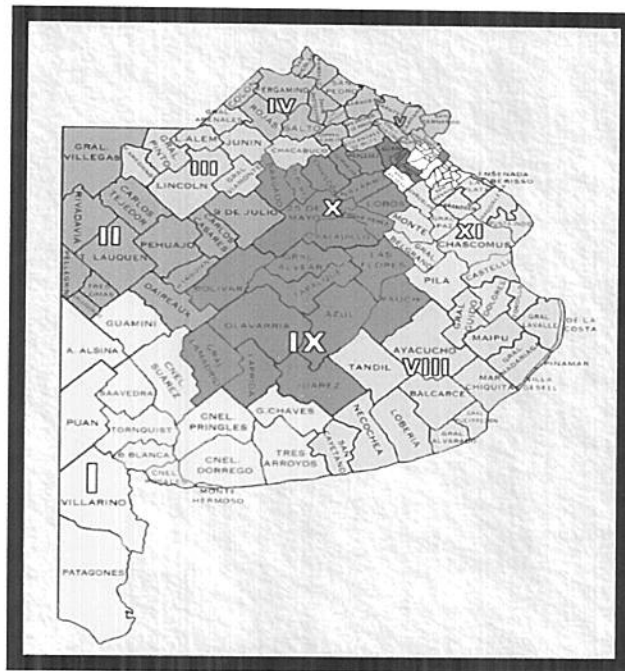
Es imprescindible en todo análisis tener en cuenta el impacto de la crisis de los años noventa en la administración pública provincial y en los servicios que de ella dependen, así como también el intento de recomposición de los mismos por parte de las autoridades del sector, superado el momento de mayor impacto. Es en este marco que se planteó la propuesta programática antes descrita, como un plan a desarrollar durante cuatro años a partir de los servicios ya instalados de la red provincial de Atención a las Adicciones, que se propuso con alcance preventivo y asistencial. Surge como interrogante la forma de implementación de este plan en el CPA de Mar del Plata, como se ha llevado a la práctica y como ha contribuido el mismo al desarrollo de la institución, tanto en su estructura como en su funcionamiento. Para conocer como se produce la articulación entre plan, institución y actores sociales, se llevaron adelante en el marco de esta investigación entrevistas a los directivos, profesionales y operadores socioterapéuticos de la institución, con la intención de utilizarlas como una herramienta que posibilitara comprender como se imbrican estos tres componentes que integran el contexto, y a su vez reconstruir las posibles significaciones dadas por los integrantes de equipo a partir de las expresiones por ellos vertidas. En el próximo capítulo entonces se lleva adelante el análisis correspondiente a la entrevistas de característica semi estructura realizadas durante los meses de febrero y marzo del año 2008

RED DE ATENCION A LAS ADICCIONES ¹³

- Dependiente de La Subsecretaria de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
- 188 SERVICIOS – PUBLICOS Y GRATUITOS
Distribuidos en 11 Zonas Sanitarias del territorio bonaerense
- 177 CENTROS PROVINCIALES DE ATENCION A LAS ADICCIONES (CPA)
- 9 COMUNIDADES TERAPEUTICAS - 159 CAMAS
- 2 UNIDADES DE DESINTOXICACION - 16 CAMAS
- 23 COMUNIDADES CONVENIADAS - 186 PACIENTES en la actualidad
- 40 CAMAS PARA PACIENTES DUALES EN EL HOSPITAL OPEN DOOR- COLONIA CABRED
- 20.000 LLAMADAS A FONODROGA -2006
- PROGRAMAS DE PREVENCION COMUNITARIA Y EDUCATIVA
- OBSERVATORIO DE USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

¹³ Datos suministrados por la Subsecretaria de Atención a las Adicciones en la conferencia dictada en el marco del Congreso Anual de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) desarrollado en Abril de 2008 en la ciudad de Mar del Plata

MAPA DE LA ZONAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



CENTRO PROVINCIAL DE ATENCION A LAS ADICCIONES - MAR DEL PLATA

Zona Sanitaria VIII

Ubicado en la calle Buenos Aires 2855

Funciona desde el año 1995

REGION SANITARIA VIII



DESCRIPCION DE SERVICIOS

INFRAESTRUCTURA:

1 CASA que cuenta con:

- 3 CONSULTORIOS
- SALA DE ESPERA
- COCINA
- 3 SALONES DE GRUPOS
- PATIO
- PARQUE

SERVICIOS:

- Entrevistas de evaluación y diagnóstico
- Dispositivos Grupales
- 3 grupos de Admisión
- 3 grupos Fase 1
- 1 grupo Fase 2
- Casa de medio día
- Atención psiquiátrica
- Atención clínica
- Asesoramiento legal
- Orientación familiar
- En lo preventivo y comunitario, implementación de programas de educación preventiva
- Entrega de medicación a pacientes de la institución

RECURSOS HUMANOS

FUNCIONES:

- Coordinadora Regional
- Directora Distrital
- Directora
- 3 secretarias administrativas
- 1 médico psiquiatra
- 1 médico clínico
- 1 abogada
- 5 psicólogos
- 1 profesor de educación física
- 1 trabajadora social
- 3 operadores socio terapéuticos
- 1 licenciada en enfermería
- 1 fotógrafa en el área educativa
- GABA 2 operadores socio terapéuticos
- 1trabajador de maestranza

IMÁGENES DE LAS INSTALACIONES



Centro Provincial de Adicciones N°357



Sala de Recepción



Sala de Recepción



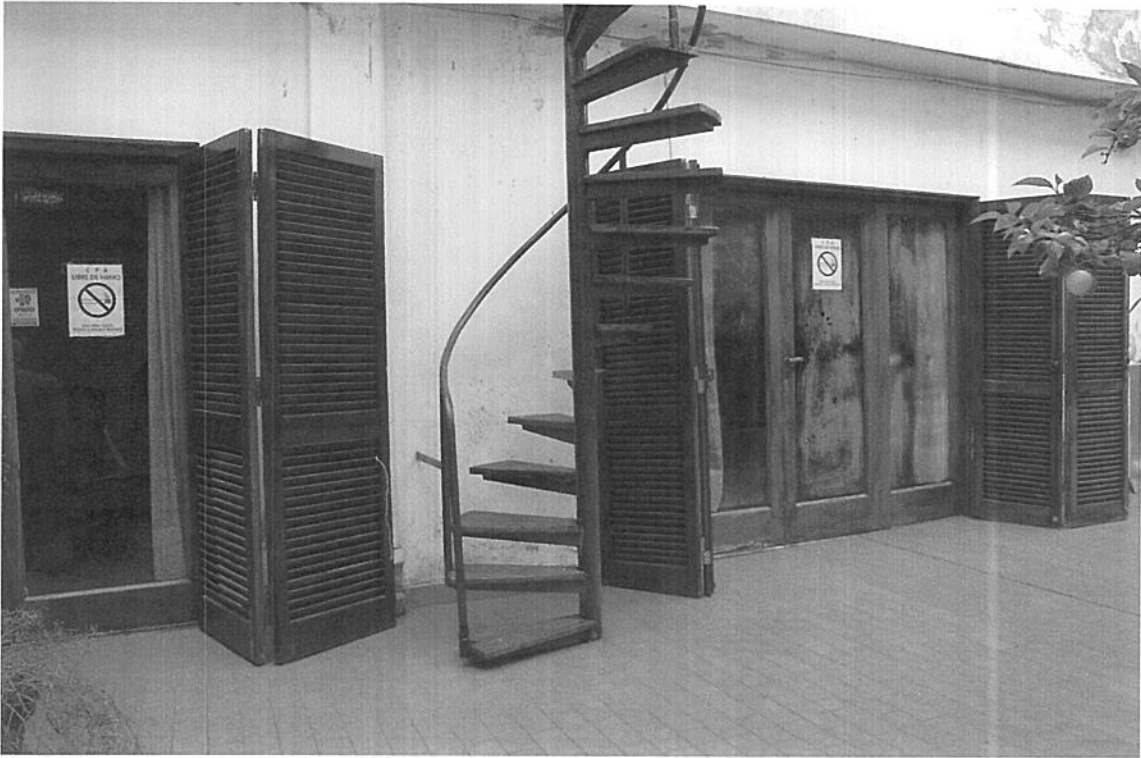
Consultorio



Patio



Parque



Salones para grupos

ANALISIS INTERPRETATIVO

En este capítulo se intenta a partir de los testimonios volcados en las diferentes entrevistas comprender aquello que piensan, creen y sienten quienes forman parte de la institución CPA de Mar del Plata. Sobre esta base y sobre el conocimiento del contexto será posible interpretar este recorte que se ha establecido.

Se trata además de buscar las significaciones tomando como base el lenguaje, como una forma de expresión de lo social. Se parte de las expresiones de estos actores sociales para reconstruir las posibles significaciones. El texto entonces se convierte en objeto de este análisis.

Se busca entonces desentrañar las estructuras complejas en las que se basan las prácticas y las ideas y las creencias de estas personas, que configuran las significaciones habituales con las que transitan cotidianamente.

SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION CPA de Mar del Plata

Los servicios que brinda la institución CPA de Mar del Plata dependiente de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones son de atención, tratamiento y rehabilitación de personas con problemas de abuso de sustancias, así como también se realizan tareas de prevención de las adicciones en el área educativa, laboral y comunitaria.

Los servicios son públicos y gratuitos. La atención se realiza de lunes a viernes en el horario de 9.00 a 17.00 h.

El tratamiento ambulatorio se lleva adelante en las dependencias instaladas en la calle Buenos Aires 2855 y las internaciones se efectúan en la Comunidades Terapéuticas dependientes de la Subsecretaría ubicadas en el territorio bonaerense, correspondiendo para la Zona Sanitaria VIII la Comunidad Terapéutica de Colonia Chapadmalal, o bien en instituciones privadas conveniadas para dicho efecto.

Los pacientes que requieren desintoxicación son derivados a las unidades de desintoxicación del Hospital Evita o el Hospital Mercante, o en caso de que no haya cama disponible se lo deriva al Hospital Interzonal de Mar del Plata.

Los pacientes denominados duales¹⁴ son derivados al Hospital Open Door, de Colonia Cabred.

¹⁴ Personas con trastornos psiquiátricos que han incorporado el consumo como dependencia aguda



CONFORMACION DEL EQUIPO PROFESIONAL

-REQUISITOS PARA SU INCORPORACION

El equipo está diseñado como grupo interdisciplinario de trabajo, aunque faltan profesionales en algunas áreas específicas, ya que han renunciado en el último año, y no se puede incorporar personal hasta que la Sede de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones autorice la cobertura del cargo. Están sin cubrir las áreas de psicopedagogía, trabajo social, terapia ocupacional, educación física.

Para la formación del servicio no se prioriza la formación específica de los profesionales en el área del tratamiento de las adicciones, se observa que los requerimientos para ser incorporados a la institución no son exigentes en el sentido que se tiende a incorporar profesionales donde la experiencia previa no es excluyente.

Se privilegia el interés particular del profesional interesado en desarrollar sus actividades específicas en el abordaje de esta la problemática. En relación a esta situación, un entrevistado opina: ***“tenemos un equipo bastante amplio no hace falta que tenga experiencia previa en adicciones porque lo podemos ir formando con todo el equipo, ha habido otros momentos en los que no hay tiempo, porque pasa por la demanda de atención y no tenemos tiempo de formar a alguien, por ahí se ha privilegiado que tengan formación previa, pero no es requisito”*** (Entrevista nro.6).

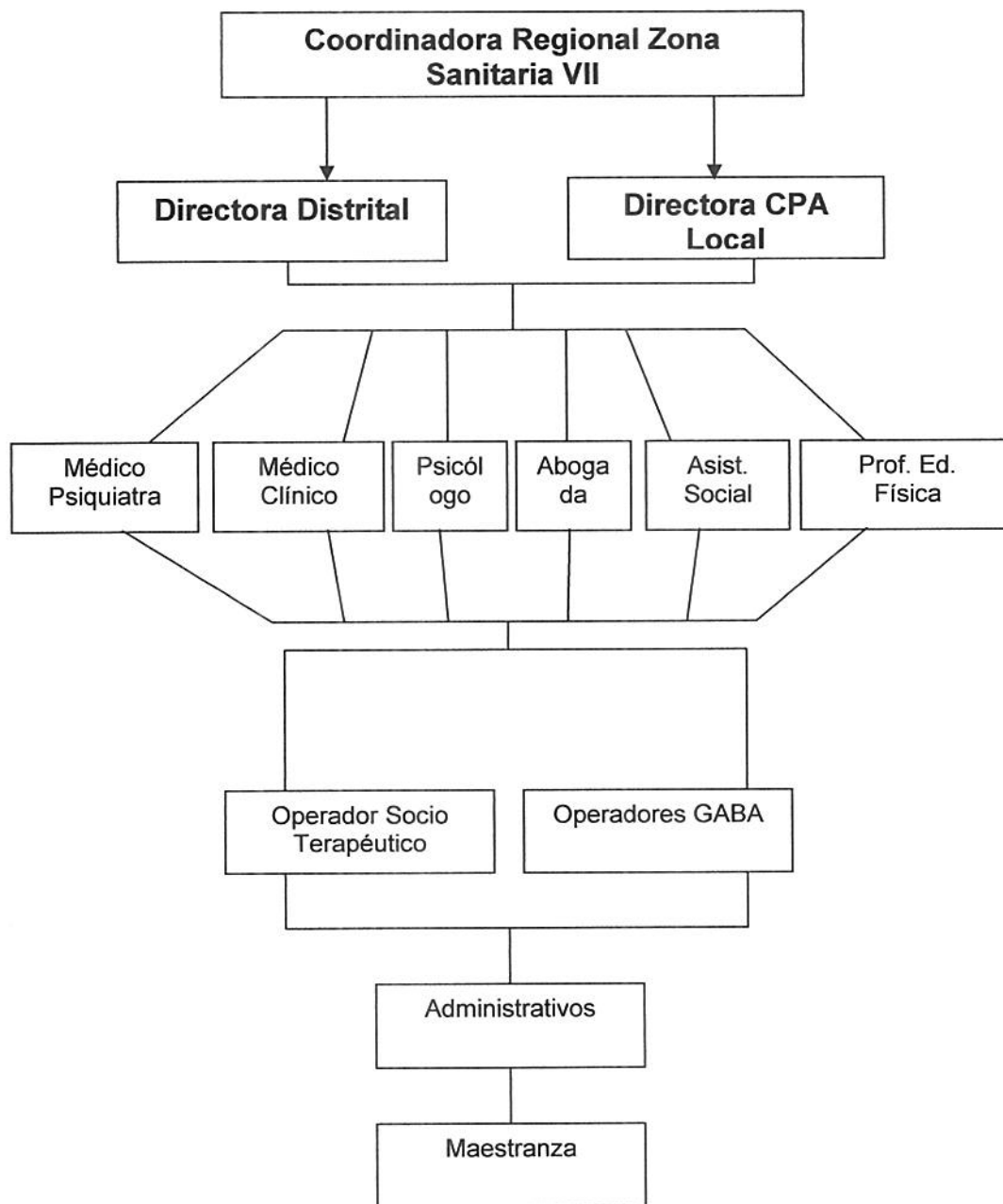
Este criterio de selección de personal, abre varios interrogantes en relación a la incorporación de recursos, ya que se puede pensar que o bien no hay suficientes profesionales formados en esta área, o que quienes cuentan con formación específica requieren una remuneración acorde a su experiencia que la institución no está en condiciones de ofrecer, de acuerdo al presupuesto asignado por la Subsecretaría.

La formación específica de quienes no cuentan con experiencia previa, en el marco mismo de la tarea, posibilita que se especialicen de acuerdo a los lineamientos clínicos y organizativos establecidos por la institución.

Pero también permite pensar que este criterio dificulta las acciones del equipo ya que se sobrecarga a los profesionales con trayectoria que deben formar a quienes ingresan, quienes a su vez no pueden incorporarse en forma inmediata a la actividad por su falta de experiencia.

De esta manera se obstaculiza la atención de la demanda, se desgastan los recursos existentes, por la sobre exigencia a los profesionales con mayor trayectoria, y no se produce entonces una correcta utilización de los recursos tanto humanos como económicos.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



El médico clínico también desempeña su cargo en el CPA de Mar del Plata y también en la Comunidad terapéutica de Chapadmalal, ingresa en el año 2005, como becario, ahora personal de planta.

La trabajadora social posee título de Licenciada de la Universidad Nacional de Mar del Plata. No posee formación en la problemática de las adicciones, ni ha desempeñado actividades específicas en la temática. Ingresa como becaria en el año 2007, presentando su renuncia en el año 2008.

La abogada de la institución ingresa a la misma en el año 1996. Realiza el curso de Operadora Socio terapéutica en Adicciones dictado por el Instituto de Prevención de la Drogodependencia en la Universidad del Salvador. Recibe capacitación en la ciudad de La Plata para desempeñarse como abogada del CPA de Mar del Plata. Pertenece al personal de planta permanente.

El Profesor de Educación Física ingresa en la institución en el año 2004. Realiza el Curso de Operador Socio terapéutico en Adicciones dictado por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones en Mar del Plata, con una duración de dos años. Presenta su renuncia en el año 2008.

De los tres operadores socio terapéuticos que pertenecen a la institución, uno de ellos ha hecho su formación en el Instituto de Prevención de las Adicciones de la Universidad del Salvador, ingresando en el año 1998, y pertenece a la planta permanente.

El resto de los operadores han realizado el curso dictado por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, ingresando en los años 2003 y 2005, y son becarios. Las funciones administrativas son llevadas adelante por tres trabajadoras, todas cuentan con experiencia administrativa, dos ingresan en los años 1996 y 1997 respectivamente y pertenecen a planta permanente. Una de ellas es becaria e ingresa en el año 2002.

Una persona desempeña las tareas de maestranza, su cargo no depende de la institución, sino que se encuentra comprendido en el Plan Trabajar.

De todas las entrevistas realizadas se observa que un porcentaje de aproximadamente dos tercios de profesionales ingresa a la institución a partir del año 2003 en adelante. Sólo cinco profesionales entre quienes se cuentan tres de los directivos, pertenecen a la planta permanente de la institución desde la década del noventa, es decir que tienen un recorrido en la institución de más de diez años.

Esto daría cuenta de un recambio en los puestos trabajo que coincide con el período de crisis política, social y económica –y de emergencia sanitaria- que se desarrollo en el país desde fines de la década del noventa hasta aproximadamente el 2002, la cual

produjo una precarización de las condiciones de trabajo, que habría contribuido al recambio citado, con la consiguiente desvalorización de los puestos.

Así mismo hay que tener en cuenta que desde la conformación en los años noventa de la Subsecretaria hasta la actualidad, se han sucedido varias gestiones provinciales, las cuales llevaron adelante diferentes políticas en el área de acuerdo al momento en el que se desempeñaron, y que han influido en los cambios en la institución, entre ellos las condiciones de trabajo.

Se puede pensar en una relación estrecha entre los acontecimientos acaecidos en el contexto social de los últimos años que ha producido un vaivén en la instrumentación de las políticas públicas en materia de salud, así como también el ajuste fiscal llevado a cabo por las gestiones sucesivas que profundizaron la precarización en los puestos de trabajo.

La renuncia a fines del 2007 y principios del 2008 de varios profesionales de la institución, refleja la continuidad de esta crisis, y sus consecuencias, que se expresa en estos recambios en los puestos profesionales, con sus consiguientes problemas en el desarrollo institucional.

Se produce a partir de esta situación una alteración en las formas y ritmos de trabajo. Es decir, la falta de profesionales sobrecarga al personal existente, que debe atender la misma demanda, pero con menor cantidad de recursos humanos.

Para hacer frente a dicha demanda se produce entonces la cobertura de los puestos por parte de profesionales de distintas disciplinas o con escasa formación, con la consiguiente pérdida de la especificidad del cargo, que provoca problemas de indiferenciación de los espacios profesionales o técnicos que conlleva a su vez frustración y desgaste para quienes desarrollan las tareas.

Los factores mencionados contribuyen al desgaste profesional y la sobrecarga psíquica del conjunto de los integrantes de la institución.

DISPOSITIVOS DE ATENCION

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Las personas con problemas por abuso de sustancias se acercan a la institución en forma voluntaria, o son llevados por algún familiar o bien son derivados por el poder judicial, por ser infractores a la Ley Nacional de Estupeficientes 23.737, la cual prevé la suspensión de la pena, estableciendo un tratamiento obligatorio en una institución especializada, para su recuperación.

En principio se realizan entrevistas de evaluación y diagnóstico. El primer contacto está a cargo de un operador socio terapéutico, en palabras de un entrevistado: *“Cuando uno recibe una persona en la primera entrevista lo que busca es si es minimamente viable que pueda hacer el tratamiento en forma ambulatoria, esto implica que tenga una necesidad mínima de intentar con algunos cuidados suspender el consumo, o que tenga capacidad confirmada de suspender el consumo, evaluar si tiene un ámbito de pertenencia contenedor de familia, o pareja, amistades, ver si tiene una estructura mínima que lo sostenga, que además de su problema del consumo tiene una estructura mínima laboral, de estudios que no impliquen un riesgo y que le sirva para sostenerse. En la mayoría de las personas que consultan están en una posición así que mas allá de su problema suele tener una serie de cuestiones sanas todavía, y se apuntaría a fortalecer lo que está sano”*. (Entrevista nro.3)

Se realiza posteriormente una segunda entrevista con la persona a cargo de un psicólogo/a conjuntamente con algún integrante del grupo familiar, que es su referente durante el tiempo que dure el tratamiento. El psicólogo/a realiza el diagnóstico diferencial y hace la derivación correspondiente para tratamiento ambulatorio o internación.

El criterio diagnóstico que se utiliza para la admisión es que la persona tenga problemas con el consumo de sustancias, si se observara patología psiquiátrica junto con el abuso de sustancias, no se los incluye en los grupos terapéuticos.

El tratamiento ambulatorio establece que la persona debe transitar por tres instancias, llamadas Fases ¹⁵, que están a cargo de profesionales psicólogos/as, cada una de ellas tiene objetivos específicos a alcanzar en el camino de la recuperación.

La dinámica de los dispositivos es grupal, siempre teniendo en cuenta la particularidad del sujeto. De acuerdo a la necesidad del paciente y del caso suelen tener alguna entrevista individual o familiar cuando hay situaciones que en el marco del encuadre grupal no se puede abordar, pero las mismas no se incluyen formalmente en el tratamiento ya que la institución no cuenta con recursos humanos suficientes para cubrir este tipo de atención, si bien los entrevistados destacan la importancia de las entrevistas individuales además del abordaje grupal. En palabras de un profesional: *“ Me parece también, que justamente como estamos hablando de pacientes que a veces por la problemática, no logran instalarse de la mejor manera en el espacio grupal, sería bueno contar con entrevistas individuales, con cierta periodicidad, que*

¹⁵ FASES: Admisión, Fase 1, Fase 2, y en el caso de las personas que necesiten mas tiempo de permanencia en la institución se implementa el dispositivo de Casa de Medio Día.

retención porque el paciente es así, porque el perfil del adicto es así. En la fase de admisión lo que sucede es que vos tenes que sacar a la persona de un mundo de placer, donde la esta pasando bárbaro....el pibe que tienen quince o dieciséis años que esta consumiendo hace un año, como se hace para que entienda, únicamente lo ven cuando en el grupo al que ingresas tienen hay un hombre grande que esta muy mal físicamente, y ha perdido familia, casa, trabajo, y eso lo hace pensar". (Entrevista nro.12)

Los pacientes concurren al grupo tres veces por semana, una de las reuniones es multifamiliar, y cada quince días concurren al grupo solo los familiares, con la finalidad de trabajar los aspectos vinculares. Todas las reuniones tienen una duración de dos horas.

El objetivo de esta fase: en el aspecto toxicológico es intentar que el sujeto logre suspender el consumo, que sostenga la abstinencia, y que a su vez se comprometa con el tratamiento concurrendo a las reuniones, no faltando sin justificación, es decir que logre adherirse al tratamiento.

Es una etapa de diagnóstico para identificar el perfil del paciente, es el primer contacto con la familia que tiene que incorporar la normativa, permite la formación de vínculo entre institución, paciente y familia.

Se intenta que la persona no se exponga a situaciones de riesgo, a partir de no estar en contacto con personas que consumen, no pueden manejar dinero, y deben salir acompañados del referente familiar, intentando de esta manera que comience a modificar sus conductas habituales.

En esta fase tienen escasa pertenencia grupal.

Cuando el paciente está afianzado, es decir ha logrado los objetivos que se le han propuesto hasta el momento, culmina la etapa de Admisión y son derivados a Fase 1.

En la **Fase 1** el tiempo de permanencia está en relación a la respuesta del paciente, y la evaluación de los profesionales. En general el tiempo promedio es aproximadamente de 30 días o más. La Fase 1 está a cargo de un psicólogo/a. Presenta una deserción del 50 a 70%, que en muchos casos reingresan tiempo después, en opinión de algunos profesionales *“Es la fase terapéutica propiamente dicha donde el paciente va a empezar a trabajar con las motivaciones, con cuestiones un poquito mas profundas hay pacientes que trabajan más y otros menos”*. (Entrevista nro. 9)... *“el paciente que ingresa a Fase 1 a atravesado lo que es la admisión, son pacientes que han logrado sostener la abstinencia del consumo y que han podido*

incorporar lo que son las normas del tratamiento, las pautas de cuidado y de compromiso con respecto al tratamiento". (Entrevista nro. 5)

Es la etapa mas prolongada del tratamiento, porque se trabajan aspectos personales y vinculares con mayor profundidad, se intenta abordar lo que es la conflictiva psíquica y familiar. Son pacientes que pueden empezar a dejar de lado el tema del consumo y comienzan a hablar de otras cuestiones.

El objetivo de esta fase es básicamente el logro de la implicación subjetiva del paciente, que logre hacerse responsable de su adicción, y que ello le permita rectificar situaciones; se trabajan terapéuticamente los conflictos de base de acuerdo a la estructura psíquica del paciente, ello le permite ubicarse en otro lugar con respecto a su adicción.

Es la primera pertenencia grupal que tienen, comienzan a explorar su problemática y a escuchar la problemática del otro. El grupo de Fase 1 adquiere mayor estabilidad, mayor permanencia en el tiempo.

La etapa incluye actividades deportivas como fútbol, o natación, pensadas con objetivos vinculados al tratamiento. Si bien estas actividades no se realizan en forma regular, ya que en el momento de realizar la presente investigación las actividades deportivas estaban suspendidas, ya que la institución no podía pagar el costo de las mismas.

Es paciente en esta fase quien ha logrado sostener la abstinencia, está en condiciones de involucrarse con aspectos emocionales, es decir con lo que está detrás del consumo y ha podido comenzar a resolver problemáticas familiares, laborales, educativas.

Concurren al igual que en Admisión tres veces por semana, una vez por semana reunión multifamiliar, y cada quince días es solo para familiares.

Es la Fase de mayor permanencia, aproximadamente de ocho meses a un año, o más. En caso de abandono de tratamiento, no se efectúa seguimiento institucional pero en muchos casos lo hace el coordinador de grupo, en sus palabras *"cuando yo veo que el paciente ha venido haciendo el tratamiento, se ha comprometido, y no viene mas, generalmente llamo por teléfono, para saber que pasó, cual es la situación, me gusta comunicarme y tener al menos alguna idea de que fue lo que ocurrió, a veces lo he citado a alguna entrevista, a veces no, yo por lo general llamo"*. (Entrevista nro.5)

Esta falta de seguimiento formal por parte de la institución en caso de abandono en esta fase por parte de pacientes que han hecho un recorrido de meses en el tratamiento pone en evidencia una seria falla institucional, ya que el control efectivo sobre pacientes que han logrado sostenerse en el tratamiento y que han hecho uso de

los recursos de la institución, permite evaluar la calidad y efectividad de las prestaciones, y supone el cuidado de los recursos tanto humanos como económicos. Queda entonces este control en manos de la voluntad y del tiempo del cual disponga el profesional para efectuarlo.

El paso a **Fase 2**, se produce a partir de una evaluación del profesional a cargo del grupo y del equipo de la institución. La fase está a cargo de un psicólogo/a. Hay un solo grupo en Fase 2, que refleja que las personas que arriban al final del tratamiento son pocas. En el último tiempo se ha logrado una mayor retención de los pacientes, en general se sostienen y llegan al alta. Esta evaluación la efectúan a partir de que en el último año se han producido varias altas, aunque las mismas no se condicen con la cantidad de ingresos, y personas que transitan el tratamiento en la institución.

El ingreso a Fase 2 se produce cuando, en opinión de un profesional *“logra obviamente un sostenimiento importante del tema de la abstinencia y ya haber empezado a resolver ciertas problemáticas laborales, familiares, estar un poco ubicado en lo que es lo familiar, lo laboral, lo educativo. Es una etapa donde el paciente ya viene solo sin la familia, ya tiene que haberse ubicado, y empezar a transitar la ultima etapa que tiene que ver en como fortalecer todo lo educativo, lo laboral, lo afectivo”*. (Entrevista nro. 7)

Concurren una vez por semana, la reunión de grupo tiene una duración de dos horas, y concurren a natación, en caso de no estar suspendido el servicio.

El tiempo de permanencia depende del paciente, pero en general es una fase corta, porque donde mas han trabajado es en la Fase 1, y aquí llegan habiendo podido afianzar lo propuesto en la fase anterior.

En caso de abandono no hay seguimiento formal, en opinión de un coordinador *“Si esta en Fase 2 por ahí uno llama para ver que pasó, pero es una decisión de cada profesional, no esta pautado desde la institución, por lo menos no oficialmente”*(Entrevista nro. 7). Esto reafirma y agrava lo dicho en párrafos anteriores donde se hizo referencia al seguimiento efectuado por la institución en caso abandono, si se tiene en cuenta que en la fase 2 el paciente ha transitado la casi totalidad del tratamiento, que significa que tanto él como quienes conforman la institución han invertido tiempo y recursos en su recuperación. Y nuevamente queda librado a la predisposición del profesional llevar adelante este control.

Con la Fase 2 se intenta que el paciente vuelva a incluirse en la sociedad, comienzan a salir nuevamente, es decir a tener permisos, deben entonces hacer uso de las herramientas que adquirieron a lo largo del tratamiento, profundizar lo logrado.

Se trabaja el desprendimiento gradual de la persona, en algunos casos con el alta se indica una terapia individual, con el fin de que continúen profundizando temáticas específicas, no referentes al consumo, *“porque si bien en el tratamiento se trabajan aspectos familiares, vinculares, etc., hay gente que por ahí hay temas que necesitan seguir trabajando, y el tratamiento es limitado, mas allá de que se trabaja todo además de lo que es el consumo, tiene un límite el tratamiento. Y también hay gente que también tiene un límite, que tampoco se le sugiere la terapia individual”*.

(Entrevista nro. 7)

El alta del paciente se evalúa en el equipo, previa evaluación del profesional a cargo del grupo.

CASA DE MEDIO DIA -DISPOSITIVO

El dispositivo de Casa de Medio Día, esta previsto para personas que necesitan de mayor contención. En general son jóvenes adolescentes a partir de los 13 o 14 años, que no tienen ocupación laboral, que no estudian, que no tienen actividades que los contengan, o bien se encuentran internados en institutos de menores. Con escasa escolaridad, algunos jóvenes no han podido terminar la escuela primaria, se nota un profundo deterioro cultural, dice un coordinador *“Vienen con menos perspectivas, menos visión de futuro, con mucho desencanto de todo. Nosotros hacemos el día a día, ellos entregan su proyecto detallado. Y hay chicos que no saben ni siquiera escribir no saben leer. La mayoría dejó el estudio, llegó a quinto o sexto año”*.

(Entrevista nro.8) Se observa también mayor deterioro físico.

Concurren los días lunes, miércoles, jueves y viernes, de 9 a 13 hs. y los días martes deberían concurrir a natación. Esta actividad al igual que en el resto de las fases está suspendida, ya que no se abona la cuota a la municipalidad, de quien depende este servicio.

El dispositivo grupal esta cargo las dos primeras horas de un operador socioterapéutico ¹⁶ con quien elaboran el proyecto de actividades diarias o de fin de semana, que deben cumplir como parte del tratamiento.

Las siguientes dos horas trabajan en el grupo terapéutico que está a cargo de un psicólogo/a.

¹⁶ En principio estaba coordinado por el profesor de educación física que a su vez es operador socioterapéutico, y el psicólogo en el espacio terapéutico. Con motivo de su renuncia a la institución el grupo queda a cargo de una operadora socioterapéutica.

El objetivo de la Casa de Medio Día es lograr el sostenimiento de la abstinencia, trabajar la programación y estructuración de las actividades diarias, estableciendo objetivos pequeños que puedan cumplir.

Semana por medio concurre la familia o quien sea su referente, a la reunión del grupo terapéutico con dispositivos multifamiliares, es decir pacientes y familiares juntos.

Cada quince días concurre solo la familia a este espacio grupal.

El abandono en este dispositivo es el mayor (90%) de todas las fases, entre los dos y cuatro meses se produce el abandono. *Mas o menos, el porcentaje de abandono, es el mayor obviamente, no se si tirar un numero...pero el noventa por ciento abandona. Casa de Día tienen una particularidad, como vienen todos los días es muy difícil mantener.... Es muy rutinario, pero es lo que ellos no tienen la rutina, una responsabilidad cotidiana. Los que siguen son la minoría, muy poquitos”* (Entrevista nro.8)

Es importante señalar la peculiaridad de este dispositivo, que por un lado necesita de una rutina diaria a la cual la persona no esta acostumbrada, pero a su vez esta misma rutina es planteada por el profesional como un factor que predispone al abandono.

Así mismo se hace referencia a que en este dispositivo los pacientes trabajaban una huerta, ya que la institución cuenta con un espacio que posibilita esta actividad, pero que quedo suspendida por falta de elementos para trabajar, por ejemplo semillas.

Por lo dicho podría pensarse que uno de los factores para que este dispositivo no funcione efectivamente podría responder a que mas allá de la rutina diaria no se plantean, ni se llevan adelante actividades, que complementen el tratamiento y que incentiven a los pacientes, y que en muchos casos no pueden llevarse adelante por falta de recursos económicos, o bien porque no habría una planificación específica.

En opinión de un entrevistado: *“.... pero no depende de nosotros, depende de arriba. Que podamos tener una caja propia, para manejar. Si se plantea lo que es una Casa de Medio Día, cual es su funcionamiento, debería tener... acá todos los días los chicos desayunan, los viernes almuerzan, y sin embargo no hay dinero para eso. En un momento lo había, y se solventa de mi bolsillo, de acuerdo a la composición del grupo si tienen un poco mas recursos económicos, ellos también traen cosas, que yo no lo veo mal, pero creo que si uno ofrece un dispositivo tiene que hacerlo con todo lo de la ley, sino no, y eso hace mas de un año que no está sucediendo”*.¹⁷

En casa de medio día quienes continúan el tratamiento, lo hacen en un promedio de seis a ocho meses. En caso de abandono no se efectúa formalmente un seguimiento

¹⁷ Por datos obtenidos luego de concluida la investigación, se tuvo conocimiento que el dispositivo de Casa de Medio Día dejó de funcionar.

por parte de la institución, lo hace de forma personal el profesional a cargo *“Pero no, no hay un seguimiento puntual. Que yo creo, que no se si debería haberlo exhaustivamente, pero sí, si cumplió, al mes de inasistencia, se lo toma como abandono, yo haría un llamadito, ¿Qué pasó? ¿Porque no vino más? No haría un seguimiento de insistir, de insistir, porque esta la voluntad del paciente, pero sí preguntar, porque a veces el abandono sucede porque hubo una pequeña recaída, o hubo un trabajo, y a lo mejor se podría buscar la vuelta para que viniese en otro horario, o hacer otra cosa, o a lo mejor poder guiarlo, ya que no podés venir, hace una terapia o no sé”*. (Entrevista nro. 8) Nuevamente se evidencia la preocupación del profesional por el tratamiento por parte del paciente, y habla de un notable abandono de la institución de hacer efectivo el seguimiento correspondiente, y también resulta muy llamativo fundamentalmente porque en este caso se trata en su mayoría de jóvenes menores de edad.

Cuando el paciente ha logrado los objetivos que se plantean para esta fase, es derivado a la Fase 1, donde se incorpora al grupo existente

SERVICIOS DE INTERNACION

En cuanto al criterio diagnóstico para la internación la Subsecretaría de Atención a las Adicciones solo puede internar personas mayores de dieciocho años, la persona tiene que tener un consumo compulsivo y la imposibilidad de abandonarlo, y que además signifique riesgo para su vida; en el caso de pacientes con patologías psiquiátricas el paciente tiene que estar compensado y el consumo tiene que ser la prioridad. También es evaluado el contexto social en el cual se halla.

Existen diferentes lugares de internación como comunidades terapéuticas, comunidades con control psiquiátrico para pacientes duales que son clínicas psiquiátricas y las unidades de desintoxicación, para aquellas personas que no logran suspender el consumo, y que si lo hacen puede llegar a originar un síndrome de abstinencia con compromiso clínico para el paciente. Se plantea entonces la internación en unidades de desintoxicación¹⁸ y su posterior derivación a la institución mas adecuada, en palabras de un entrevistado *“En realidad la Subsecretaría a nivel central maneja los convenios, tiene comunidades terapéuticas propias, nueve, pero como no son suficientes, tiene convenios con ONG, para brindar estas prestaciones como se maneja todo a través del centro de Derivación llega un paciente que requiere*

¹⁸ Hospital Evita y Hospital Mercante



internación hacemos el diagnóstico, el paciente acepta la internación en forma voluntaria, completamos un formulario, donde va diagnóstico de la personalidad, diagnóstico toxicológico, estado psíquico actual, estado físico, historia personal y familiar del paciente, estudios, historia de consumo y eso nosotros lo enviamos al Centro de Derivación en La Plata". (Entrevista nro.6)

En el caso de la internación de los pacientes duales se efectúa en la Clínica Santa Clara de Asís, la Clínica Ferromed y Colonia Cabred, ninguna ubicada en Mar del Plata, dice un entrevistado *"Y si no hay lugar están en lista de espera, y recae sobre el CPA la responsabilidad de sostener al paciente, igual es raro que no haya lugares para pacientes duales. Lo que suele pasar es que no hay lugar para desintoxicación, porque es un pabellón dentro del Hospital, entonces a veces apelamos a la contención familiar, a la consulta psiquiátrica".* (Entrevista nro. 6)

Esta afirmación del entrevistado no se aleja en nada de la realidad, si se tiene en cuenta que la Subsecretaría cuenta con dos servicios hospitalarios donde se lleva adelante la desintoxicación, los cuales cuentan con 16 camas en total¹⁹, para todos aquellos que requieren de este servicio en la provincia de Buenos Aires. La escasez de servicios sanitarios específicos para hacer frente a esta problemática demuestra el escaso desarrollo en materia de políticas sanitarias para dar respuesta a la demanda planteada.

Se observa en el último tiempo un mayor número de personas con trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias que demandan atención. La problemática de los pacientes con comorbilidad, no estaría bien abordada por parte de la institución. Son personas que no logran hacer un lazo social que les permita instalarse en un grupo, necesitarían otro tipo de intervenciones que la institución no estaría en condiciones de brindar ya que no cuentan con personal suficiente, en opinión de un entrevistado *"hay ciertas realidades de los pacientes que no son adecuadamente abordadas porque a veces la institución los excluye a estos pacientes, los pacientes duales, los pacientes que tienen una comorbilidad, un trastorno psicótico, creo que en este momento no son bien alojados en la institución, no le encuentran un lugar acá. No se si tendrían que tener un dispositivo o un espacio propio, pero sí pensar herramientas y estrategias para que ellos puedan circular por la institución y que tengan un tratamiento".* (Entrevista nro. 5)

¹⁹ Datos suministrados por la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, en la conferencia dictada en el marco del Congreso Anual de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), desarrollado en el mes de Abril de 2008 en la ciudad de Mar del Plata.

A partir de un crecimiento de la demanda por parte de pacientes llamados duales, llama la atención la ausencia de dispositivos específicos, lo cual pone en evidencia no sólo la escasez de recursos por parte de la institución que excluirían la posibilidad de generar espacios de contención, sino la falta de implementación de servicios para contener una demanda que reviste en la actualidad mayores características de complejidad.

SERVICIOS DE ATENCION JURIDICO – LEGAL, PSQUIATRICO Y SOCIAL

La institución cuenta con un servicio de atención y consultas jurídicas que esta a cargo de una abogada, cuyas funciones son las de asesoramiento legal, para la población en general, asesoramiento a pacientes o a sus familiares, y asesoramiento al equipo profesional de la institución.

Este servicio reviste una especial importancia si se tiene en cuenta que muchos pacientes ingresan al tratamiento por vía judicial, a partir de la infracción a la Ley de Estupefacientes 23.737, que sanciona a quienes son detenidos por consumo y/o tráfico de estupefacientes, por lo que existe una relación estrecha con el sistema judicial.

El servicio de atención psiquiátrica lo efectúa el psiquiatra de la institución, quien lleva adelante el seguimiento del tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico, solo para aquellas personas que están instalados dentro del CPA como pacientes y requieren atención en esta área.

La atención de clínica médica, también para pacientes instalados en el tratamiento está a cargo de un medico clínico.

Se efectúa entrega de medicamentos, a partir de un convenio efectuado con el Hospital Interzonal de Mar del Plata, tarea a cargo de una licenciada en enfermería. La institución no ha contado con un desarrollo efectivo en el área de los servicios sociales. En el transcurso del pasado año fue nombrada una trabajadora social, en carácter de becaria, para llevar adelante tareas específicas relacionadas con este campo, que renunció en enero del 2008.

Así mismo obtuvieron nombramientos como becarias una psicopedagoga que solicitó su traslado y una terapeuta ocupacional que fue trasladada a la Comunidad Terapéutica de Chapadmalal. Por lo tanto estos servicios han quedado sin cobertura. Los servicios sociales con los que cuenta la institución son pocos, en general orientar y derivar pacientes, en opinión de un profesional *“Y desde lo social realmente no se ha hecho mucho trabajo. Y desde lo espacial yo lo planteo en algún momento que no*

existían las condiciones como para hacerlo. Mi lugar se fue corriendo en la institución, y también con eso tiene que ver mi partida.”(Entrevista nro.11), la trabajadora social encargada del relevamiento y seguimiento de problemáticas sociales, cumple tareas de operadora coordinando grupos dentro de la institución, en su opinión *“Desde lo comunitario realmente no logré insertarme estuve haciendo acompañamiento a una operadora comunitaria, la verdad es que me hubiera encantado hacer ese tipo de tarea pero creo que también tiene que ver con el corto plazo que yo estoy permaneciendo en la institución y no logro insertarme y que la demanda institucional realmente lleva a necesitar de operadores para cubrir turnos de asistencia y en algún punto mi tarea se ha ido desvirtuando y se ha ido yendo para este lugar. Tengo la coordinación del grupo de familiares de pacientes internados”* (Entrevista nro. 11)

Desde el punto de vista social no se hace ningún seguimiento a los pacientes que están en tratamiento en la institución, solo con las personas que van a ser internadas, dice una profesional *“si hubiera alguien que organizara este seguimiento, que fuera, porque tampoco con una trabajadora social podemos hacer maravillas, pero por lo menos que organice el seguimiento de los pacientes sería mucho mas ordenado, tendríamos mejores respuesta a muchas cosas que por ahí se pierden, pero bueno, lo que tenemos es esto y tratamos de ...en realidad si uno articulara bien institucionalmente hay recursos que están repetidos en diferentes instituciones cuando en realidad podríamos trabajar bárbaro.”* (Entrevista nro. 6)

Los servicios sociales en las instituciones de salud mental cumplen un rol muy importante, porque las patologías mentales producen no solo deterioro físico, sino que tienen graves consecuencias sociales, para el paciente y su entorno, como es el caso de las adicciones a sustancias. Es indispensable entonces un trabajo social planificado con los pacientes y en las comunidades, fundamentalmente cuando se plantea una mayor complejidad y magnitud del fenómeno de las adicciones.

La falta de seguimiento a los pacientes puede pensarse como una imposibilidad desde el punto de vista de los recursos, o bien podría responder a una falla en la planificación de los servicios sociales, o bien a una incorrecta caracterización de la importancia de esta área.

Se hace necesario observar la significación de esta falencia institucional, ya que la misma provoca alteraciones en el trabajo preventivo, así como también una pérdida de calidad y efectividad en las prestaciones

El corrimiento de las tareas específicas de los profesionales para las que fueron contratados, se produce por exceso de demanda que debe ser cubierta aunque no se cuente con personal capacitado para la atención clínica. Pero este desplazamiento culmina no siendo beneficioso, ya que provoca la pérdida de recursos específicos del área, en este caso la trabajadora social que cumple tareas de coordinadora de grupo, y a su vez manifiesta una negación del saber específico del profesional con la consiguiente frustración para quien la padece.

GRUPOS GABA

Dentro del CPA de Mar del Plata funcionan los grupos GABA²⁰, son grupos de autoayuda que funcionan desde el año 1995. GABA Clásico y GABA Familia que es para familiares que concurren al grupo clásico, pertenecen a la Subsecretaría de Atención las Adicciones, pero tiene sus propios operadores, y tiene una estructura similar, paralela y autónoma de los CPA, con sus propios coordinadores y un Director Provincial. Son grupos de autoayuda que están coordinados por un operador socio terapéutico, que ha sido paciente y se ha recuperado, que fue capacitado por la Subsecretaría para coordinar grupos de personas con problemas de adicciones, o es una persona que ha efectuado el curso de operador. Las personas que concurren a estos grupos pasan previamente por un diagnóstico en el CPA, cuentan con una historia clínica. Es un espacio de fácil accesibilidad, con cierta flexibilidad para el tratamiento en palabras de un coordinador *“trabajamos con la parte de la comunidad que no cumple con el perfil del resto de los programas de la Subsecretaría. Por ejemplo los que no pueden asistir a un tratamiento con un familiar, con aquellas personas que no pueden dejar de consumir en lo inmediato, con los que tienen que faltar. Todo ese grupo de gente son los que se incorporan en GABA por que no tenemos estructura, por eso siempre es autoayuda”*. (Entrevista nro. 13)

El objetivo de estos grupos es que la gente deje de consumir, que el paciente sostenga la abstinencia y pueda reinsertarse socialmente.

Funcionan GABA clásico y GABA Familia dos veces por semana en el CPA, y también en una iglesia mormona del barrio Primera Junta.

El porcentaje de pacientes judicializados en los grupos es del cincuenta por ciento aproximadamente. No hay porcentaje de abandono, porque los grupos son abiertos, los pacientes pueden irse y volver en el momento que quieran, no se los deja fuera del grupo.

²⁰ Grupos de Autoayuda Bonaerense



IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE PREVENCION

PREVENCION EN EL AMBITO EDUCATIVO

Con respecto a la prevención en el ámbito educativo, dice un coordinador *“En su momento hubo un equipo que trabajaba específicamente en prevención en el ámbito educativo. Después por esta cuestión de recursos humanos esta distribuido en todo el equipo”* (Entrevista nro.6).

Este ámbito específicamente le corresponde a una psicopedagoga, con la cual no cuentan, por lo tanto las actividades de prevención en escuelas lo realizan los profesionales psicólogos, y los operadores terapéuticos.

A partir de un convenio firmado entre la Subsecretaría de Atención a las Adicciones y el Ministerio de Educación se brinda capacitación sobre el tema de las adicciones a docentes en forma gratuita y que les otorga puntaje.

Con las escuelas que lo solicitan se trabajan proyectos preventivos, talleres, charlas, y se trata de elaborar proyectos conjuntamente con docentes, alumnos para llevarlos adelante dentro de la institución educativa. Existe mucha demanda de las escuelas para que los profesionales de la institución concurran a dar charlas, pero lo que se busca es generar proyectos que se continúen en el tiempo, en opinión de un entrevistado *“proponemos en la escuela lo que llamamos Escuela o Espacio para Padres, aunque la población de la escuela sea de 700 u 800 alumnos, lo máximo que juntamos son diez padres”*. (Entrevista nro. 12),

“Todo lo que es trabajo de prevención en escuelas, en programas, por ejemplo hay un programa en el que estoy trabajando que es específicamente de accidentología, por abuso de alcohol. Yo doy talleres a jóvenes, en este caso en particular, lo que es en trabajo de prevención en escuelas también son talleres, son charlas”. (Entrevista n.4)

Se puede pensar a partir de lo observado que la institución es demandada por parte del sector educativo para llevar adelante un trabajo preventivo, pero parecería que la misma no responde a una planificación estratégica sino más bien actúa frente a la demanda o urgencia del sector.

PREVENCION EN EL AMBITO COMUNITARIO

En cuanto al trabajo preventivo con la comunidad, y con sectores de mayor vulnerabilidad social, informan en las entrevistas que *“no hay un programa de prevención. La idea es que cada CPA pueda tener un diagnostico del lugar, de la*

ciudad y que pueda planificar acciones en función de los criterios que considere puede ser los lugares de mayor vulnerabilidad, de mayor dificultad de acceso al CPA". (Entrevista nro. 6).

Se hace referencia a que no existe más allá de lo que se especifica en el Plan Provincial con respecto al área de prevención, un programa preventivo que contemple las particularidades comunitarias de la ciudad, el cual debe ser elaborado por el centro local.

Se llevan adelante tareas conjuntas de prevención de adicciones en adultos, con la Secretaría de Desarrollo Social y Calidad de Vida de la Municipalidad a través de planes de Jefes y Jefas de familia, como contraprestación, brindando capacitación en adicciones, para quienes reciben los planes, dice un entrevistado *"el año pasado empezamos a trabajar con la Secretaría de Desarrollo Social a través de los planes de Jefes y Jefas, porque la contra prestación era que recibieran capacitación en determinadas áreas, y la gente que había elegido salud la idea era ofrecerles una capacitación en adicciones. Comenzamos a principio de año y culminamos a fin de año con muy buenos resultados. Nosotros somos de conformarnos con poco"....trabajaron y armaron buenos proyectos, el objetivo muy ambicioso que era poder armar una red interbarrial...no tuvimos mucho éxito, en ese momento había disputas políticas, económicas de la gente de los planes, la nueva gestión y no vinieron muchos barrios, todavía estamos a la espera de la firma de convenio para retomar este año el trabajo, el objetivo que perseguimos nosotros es ese que a medida que vamos trabajando, esos multiplicadores cobren compromiso comunitario y poder armar una red interbarrial. Mar del Plata tiene 190 barrios". (Entrevista nro. 6)*

En el área comunitaria cuentan para desarrollar la actividad con dos operadoras, que se encargan de la capacitación, la coordinación de escuela para padres y participa una de ellas en las redes barriales, específicamente la de la ciudad de Batán.

En cuanto a la expansión hacia zonas periféricas se abrió hace dos años un consultorio externo en la ciudad de Batán, atendido por una psicóloga del CPA de Mar del Plata.²¹

Como se puede observar el trabajo preventivo en los sectores mas vulnerables de la comunidad de Mar del Plata es escaso, porque no parece existir un diagnóstico sobre las características de cada sector, lo que impediría planificar y concretar actividades preventivas en los barrios, o en conjunto con otras entidades.

²¹ Según datos obtenidos con posterioridad a la finalización de la investigación, la profesional que atendía este consultorio renunció a su cargo en la institución.

Las actividades realizadas parecen depender de la voluntad y esfuerzo de los profesionales a cargo, que es mínimo como para hacer frente al trabajo preventivo, si se considera que Mar del Plata es una ciudad que cuenta con aproximadamente como dice la profesional entrevistada con 190 barrios, densamente poblados y muchos de ellos con sectores de gran vulnerabilidad.

Esto mostraría la falta de políticas públicas adecuadas en materia de prevención, y la ausencia de una fuerte articulación de programas preventivos por parte de las autoridades responsables de la salud pública de la provincia de Buenos Aires..

CENTROS PREVENTIVOS EN IGLESIAS - CENTROS PREVENTIVOS LABORALES

Para la organización de los Centros Preventivos en Iglesias que figuran en el plan provincial, solo se hicieron propuestas de conformación, se está trabajando con una iglesia mormona pero con los grupos GABA, pero no funciona como CPI y no se llevó a cabo la capacitación.

Los Centros preventivos en Escuelas (CPE), funcionaron en Mar del Plata hasta la gestión del Lic. Amadeo, en la que fueron disueltos, y no se han vuelto a organizar, en opinión de un profesional ***“los CPE en realidad son los centros preventivos en escuela de la época de Yaria, que cuando vino Amadeo dijo basta, se diluyó y la gente que estaba como referente en las escuelas, también se diluyó. En Mar del Plata se abrieron muchos CPE, era como para seguir trabajando en esas escuelas”***.

(Entrevista nro.6)

Son dos los Centros Preventivos Laborales que están funcionando articulados con el CPA Mar del Plata en el Sindicato de Luz y Fuerza, y en el Sindicato de Obras Sanitarias, hacen derivación de pacientes, detección de casos y seguimiento de pacientes.

VOLUNTARIADO

Existe dentro del plan provincial el programa de voluntariado, que se ha intentado poner en marcha, con escasos resultados. En Mar del Plata ha surgido en realidad a partir de un grupo de personas que sostuvo el interés por conformar un voluntariado, que comenzó colaborando con algunas acciones de la institución, dice el profesional ***“el voluntariado ..y creo que hubo un primer grupo que funcionó un tiempo, la época de Yaria, después se diluyó, lo manejaba la gente de prevención...Después se hizo otro intento mas tampoco prosperó, porque en esos momentos había una directiva que te convocaba a formar el voluntariado, ahora en este caso se dio al revés empezó a***

surgir gente con interés de formar el voluntariado.. Empezó el papá de un paciente.. Después se sumó otra señora mas, y otras mujeres que venían de la escuela para padres que habíamos dado en el puerto.. Rápidamente se propusieron hacer cosas y las hicieron, hoy están tratando de conformarse como ONG, para trabajar en adicciones. Ellos lo que quieren es sostener una relación directo y estrecha con el CPA, de hecho funcionan acá.” (Entrevista nro. 6)

Los programas preventivos figuran en el Plan provincial pero no todos funcionan en la práctica, y si se hace es con escaso desarrollo y perspectiva. Parecería que los mismos han estado sujetos a los movimientos de la política, y de los políticos que impulsan o detienen el desarrollo programático de las acciones sanitarias de acuerdo a la coyuntura imperante.

PERCEPCION DE LOS ENTREVISTADOS ACERCA DEL SERVICIO

En la evaluación de los profesionales sobre el dispositivo institucional y los recursos con los que cuentan para desarrollar sus actividades, coinciden en que la atención que brinda la institución es buena/muy buena, en referencia a los servicios y la atención clínica, que prestan. Desde el punto de vista del trabajo profesional, en su opinión los recursos son adecuados.

En palabras de los profesionales “Hacemos lo mejor que podemos”, “la prestación es muy buena”” se trabaja mucho mejor de lo que podríamos por las condiciones que tenemos” “se trabaja con mucho compromiso la gente que trabaja acá es seria, se forma, estamos permanentemente revisando que es lo que se puede ser que hace que no retengamos los pacientes”. (Entrevistas 9, 4, 6, 7)

Hay coincidencia en que ha mejorado la retención tanto en la Fase 1 como en la Fase 2, que la retención es bastante pobre en la etapa de admisión, y prácticamente no se sostienen los pacientes en Casa de Medio Día, solo lo hacen durante un breve lapso.

Opinan que el tratamiento depende mucho de la familia, del acompañamiento, sobre todo en la etapa de admisión, muchas veces es la propia familia que boicotea el tratamiento.

Es mayoritaria la opinión de que el abordaje clínico, y el tratamiento es bueno, que incluye además del trabajo psicoterapéutico, actividad física cuando esta la institución en condición de abonarla, asistencia medica, psiquiátrica, contención y orientación familiar, se cubren, en opinión de los entrevistados muchas áreas de atención.

En cuanto a los servicios que se brindan históricamente, es decir desde los comienzos de la institución, donde efectivamente existieron dos gestiones anteriores, los profesionales que cumplen funciones desde hace diez años o más, comentan que se han hecho modificaciones en algún dispositivo, porque la patología ha cambiado, modificaciones en algunos programas, se trabaja mas en lo asistencial, aunque colaboran con el área comunitaria, pero básicamente el modo de trabajar no se cambió.

El pasaje como Subsecretaría al Ministerio de Salud lo evalúan como positivo, porque permite incorporar la temática de las adicciones al campo de la salud, y el servicio queda incorporado en forma concreta al ámbito de la salud, pero a su vez también comentan que esto responde a un momento político de crisis, específicamente en el año 2001, en el que ya se había producido el cambio de gestión²² y la tendencia era una reducción del gasto público, que en lo concreto pudo haber representado el cierre de los CPA. Cierre que no se produjo en opinión de los profesionales, porque la Ley 23.737 prevé la posibilidad de recibir atención a personas que fueron detenidas por infracción de la ley, y hubiera significado una contradicción por parte del estado el cierre de los servicios públicos. Entonces opinan que ***“se pasó a ser Subsecretaria con la consiguiente pérdida del presupuesto”***(Entrevista nro.3). Se habría cambiado el logo, las frases que se utilizaban, los modelos de intervención, los programas de prevención serían distintos, se proponía llegar a los sectores comunitarios de otra manera en opinión de una entrevistada ***“ la época de Yaria, fue una época muy fértil desde todo punto de vista, había dinero, había encuentros”*** (Entrevista nro. 6), otro entrevistado comenta ***“ Yaria tenía un presupuesto alto durante el gobierno de Duhalde, pero después se mantuvo con Ruckauf, y con Ruckauf renuncia, ya con Ruckauf se le achicó la plata, para mí la gestión de Yaria fue la mejor, porque no solamente porque tenía mucho dinero sino porque te sentías una empleada de una empresa privada te sentías como cuidada, no con esta cosa distante y fría del estado eras un ser humano”***. (Entrevista nro.10)

En otro sentido opinan quienes dicen que durante la gestión del Dr. Yaria había mas recursos económicos, pero muchos gastos eran injustificados, y había mayor inestabilidad laboral ***“por otro lado había reuniones regionales, donde venían con***

²² La primera gestión y organización de la red estuvo a cargo del Dr. Alberto Yaria, que cumplió funciones en principio como Subsecretario de Prevención de la Drogodependencia de la Presidencia de la Nación (1989-1990), y posteriormente como Secretario de Prevención y Asistencia a las Adicciones del Gobierno de la provincia de Buenos Aires (1993-2000). Continuó su gestión el Lic. Amadeo (2000-2003), posteriormente el Lic. Mate (2003-2007) y la Lic. Segovia (2007-2008). Actualmente este cargo lo ocupa la Lic. García.

una listita y te decían a partir de mañana vos no trabaja mas” , “había una especie de paternalismo, pero también con miedo a que...total no existís, lo único que tenés es una factura, y anda a reclamarle a la Cruz Roja²³ de Villa Gesell, y para cuando llegue el reclamo al gobierno pasaron dos años”. (Entrevista nro. 3)

Se produjo el pasaje en el año 2003 al Ministerio de Salud y se pasó a ser entonces Subsecretaría de Atención a las Adicciones, se fusionaron los equipos que prestaban funciones en forma separada, es decir el equipo de prevención que siempre había trabajado haciendo trabajo de campo, y el de atención que funcionaba dentro de la institución, formaron un solo equipo.

Se hace mención que *“se habría producido entonces una confusión entre lo que significa prevención y atención, como si ambas fueran lo mismo, que atender a las adicciones sería tanto atenderlas como prevenirlas, ahora son todos equipo de atención a las adicciones, con lo cual existiría una “polifuncionalidad”, cualquiera podría trabajar en prevención o en atención según las necesidades que se presentasen”* (Entrevista nro. 3) se ignora de esta manera lo que tiene que ver con la capacitación específica, personas que trabajan en el área comunitaria no necesariamente tienen capacitación para trabajar en el área clínica.

De cualquier manera reconocen que la gestión del Lic. Mate habría reflatado la Subsecretaría que tenía escasos recursos, y que su gestión genera ingresos nuevos.²⁴

Coinciden en que los recursos actuales no son los adecuados, son insuficientes, faltan recursos humanos y económicos, que son escasos para una institución que se ubica en una ciudad con tantos habitantes, y con características sociales similares al conurbano bonaerense. No cuentan con recursos para el área comunitaria y social. No reciben viáticos las personas encargadas del área comunitaria. Se producen muchos gastos para otras cosas (jornadas, encuentros, etc.), pero no para lo que corresponde. No cuentan con fondos suficientes para insumos (una computadora, una sola línea telefónica), ni con dinero para la comida de los pacientes de casa de medio día, muchas veces los coordinadores se hacen cargo de comprarla. Las actividades físicas

²³ Los profesionales del CPA facturaban a entidad intermedia, a la Universidad del Salvador, a la Universidad de Lanús, a la Cruz Roja Argentina, filial Villa Gesell, teniendo que trasladarse a esta ciudad para cobrar sus sueldos. El sistema no permitía reclamos por que no figuraban como empleados de la provincia, facturaban a nombre de la entidad intermedia que recibía un subsidio de la provincia de Buenos Aires, ese subsidio eran los sueldos de los empleados administrativos y profesionales.

²⁴ Se instaura el registro de expendedores de bebidas alcohólicas, y el dinero de las multas, una parte ingresa a la Subsecretaría, lo mismo que lo recaudado de las infracciones de tránsito por abuso del consumo de bebidas alcohólicas. (REba). Insertarse en el sistema de salud permite participar del tema de recupero de costos que tienen los hospitales públicos. La gestión posterior de la Lic. Segovia no aportó demasiados cambios, se produce un deterioro de lo salarial.

se han suspendido porque no hay dinero para abonar las cuotas a la municipalidad, en este sentido el dispositivo de Casa de Medio Día no cumple el objetivo con el que fue planteado, en opinión de un coordinador *“es un como si”* (Entrevista nro. 8). No cuentan con espacios físicos adecuados, la infraestructura no es suficiente.

Se plantea una deficiencia en los servicios porque faltan profesionales de distintas disciplinas (trabajadora social, terapeuta ocupacional, psicopedagoga), que no les permite realizar un abordaje acorde con la complejidad de la problemática.

Los grupos se saturan porque no cuentan con el personal suficiente, les falta tiempo para satisfacer la demanda, para hacer informes, por lo que el seguimiento del trabajo clínico se ve alterado, trabajando al límite.

Para los profesionales los salarios no son los acordes con la tarea que realizan. Los profesionales del CPA, no están equiparados como el resto de los trabajadores de la Salud Pública. No se les paga un plus por trabajo de riesgo, no están amparados por la ley 10.471²⁵, sino bajo la Ley 10.430, las personas que cumplen tareas técnicas como los operadores y también los terapeutas ocupacionales, o las trabajadoras sociales, figuran como empleados administrativos. Muchos de los integrantes de la institución no son trabajadores de planta, sino que cuentan con becas de trabajo, comentan *“tarde nueve años en pertenecer a planta... facturábamos a entidades intermedias, ninguno de nosotros éramos empleados de la provincia..., facturábamos a nombre de la institución intermedia....no existíamos.”* (Entrevista nro. 3)

En el año 2003 pasan a ser becarios, lo que les permite tener el beneficio de la obra social, con la que no contaban. *“Y a pesar de pasar a planta en mi recibo no figura que pertenezco a planta permanente, figura el código planta temporaria”*. (Entrevista nro. 3)

La figura del becario representa la imagen de la precarización laboral a la cual han sido sometidos con nuevas formas de contratación laboral los trabajadores estatales de la provincia a partir de la crisis política y económica de la década del noventa. Para el Ministro de trabajo de la provincia de Buenos Aires, Oscar Cuartango *“...La provincia de Buenos Aires no tiene trabajadores en negro, lo que se dan son situaciones atípicas de contratación...que incluyen pasantías y becas; son modalidades direccionadas a capacitar en determinadas especialidades de las áreas de salud y justicia...lo que hay que evitar es que ese aprendizaje se prolongue “en exceso”*.²⁶

²⁵ Ley 10.470 en la que se establece la Carrera Medica Hospitalaria

²⁶ Reportaje realizado al Ministro de Trabajo de la provincia de Buenos Aires, Sr. Oscar Antonio Cuartango. Sábado 5 de Julio de 2008. Diario La Capital de Mar del Plata

los recursos humanos están viciados y las cosas se confunden, todos sabemos que nosotros no estamos bien pagos para la función y la tarea que realizamos es una tarea estresante, de riesgo, todo lo que es institución del estado, está así y a veces las cosas se confunden. Nosotros en este servicio, en la comunidad terapéutica, y en la mayoría de los CPA o en todos los CPA se trabaja con compromiso, y con verdadera voluntad. En otros lugares no sucede, hubo muchos recortes en todos los aspectos pero la gente siguió y sigue trabajando con mucho compromiso. (Entrevista nro.7). Se observa que ante la falta de políticas adecuadas y en ausencia de una fuerte presencia del estado los trabajadores y profesionales de estas instituciones garantizan con su esfuerzo y compromiso diario el funcionamiento de la institución a pesar de las condiciones muchas veces desfavorables en las cuales realizan sus actividades.

Los servicios que brinda el CPA de Mar del Plata así como también sus dispositivos de atención tendrían una continuidad histórica con aquellos que oportunamente fueron creados en la década de los noventa para atender la problemática de las adicciones en el territorio bonaerense. Esta Secretaria fue en principio de Prevención y Atención a las Adicciones dependiente de la Gobernación bonaerense y posteriormente pasó a denominarse Subsecretaria de Atención a las Adicciones dependiente del Ministerio de Salud provincial. El pasaje de la subsecretaria al ámbito de la salud pública, así como la modificación de su nombre, implicarían no solamente una aceptación de la adicción como una enfermedad, sino también un cambio en el enfoque de trabajo. Una de las consecuencias de este cambio fue la fusión de los equipos de prevención con el de atención, que parecería haber sido más un marcado abandono del nivel preventivo – asociado a una completa inexistencia tanto del nivel de promoción de la salud como de prevención terciaria-, que un cambio en la estrategia institucional para afrontar la problemática. La atención se terminó basando casi exclusivamente en el nivel de la prevención secundaria²⁸ y en la atención clínica, organizándose en base a dispositivos terapéuticos para prestar un adecuado tratamiento de “la enfermedad”.

²⁸ La Prevención Secundaria de la Salud esta compuesto por dos niveles:

-el primer nivel corresponde al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, que consiste en detener la progresión de la enfermedad, prevenir complicaciones y secuelas, evitar la difusión de enfermedades transmisibles, acortar el periodo de incapacidad. Se lleva adelante mediante la detección de enfermedades en los individuos y en los grupos, examen médico periódico, exámenes selectivos, encuesta de morbilidad.

-el segundo nivel corresponde a la limitación de la incapacidad que consiste en prevenir complicaciones y secuelas, limitar la incapacidad residual, evitar la muerte. Se lleva adelante mediante el adecuado tratamiento de la enfermedad.(Modulo de Epidemiología Básica, Instituto Nacional de Epidemiología, “Dr. Juan H. Jara”, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación)

Esta restricción de los servicios podría deberse a la situación de emergencia sanitaria decretada durante la crisis política, económica y social de la década de los noventa y principios del 2000.

También podría pensarse que esto terminó constituyendo una inadecuada política en materia de atención de las adicciones, debido fundamentalmente a una incorrecta caracterización del fenómeno con sus consecuencias asociadas, así como también a la modalidad de implementación y gestión del programa. O bien que estos servicios se habrían mantenido porque existe una ley (23737) que prevé el tratamiento específico en instituciones públicas para este tipo de problemáticas.

Puede observarse que no se corresponde la relación entre la zona de influencia de los CPA y los servicios que se prestan; ni la escasez de recursos -tanto económicos como humanos- con los que cuentan los centros, ni la falta de programas de capacitación para los profesionales de la institución, ni la inexistencia de un plan preventivo para un fenómeno de tanta complejidad que abarca una franja etárea tan amplia, y que posee consecuencias de orden económico, cultural, social y sanitario. Por lo expresado en las entrevistas no se habrían producido cambios profundos en los dispositivos terapéuticos, ni en los programas, ni en la atención en general, desde que fue creada la estructura de la red durante la última década, los entrevistados coinciden que esta habría sido una época donde se contaba con mayores recursos económicos, con mayores posibilidades de formación, y con una gestión más eficiente.

Paradójicamente, parecería que habría sido un período de inestabilidad para los profesionales y trabajadores de los CPA, ya que no pertenecían a un organismo estatal, es decir la figura de los CPA era inexistente, dependían como Secretaría a la Gobernación, pero facturaban a terceros. Esta realidad se habría modificado parcialmente años más tarde, cuando los profesionales pasaron a ser becarios, o personal de planta permanente del estado. En esta situación contractual se encontrarían muchos de los trabajadores de otros sectores estatales la provincia de Buenos Aires -educación, justicia, etc.- hecho que da cuenta del reconocimiento y lugar de los profesionales en la estructura administrativa provincial.

Por todo esto se estaría frente a una contradicción manifiesta por un lado entre una época de mayor prosperidad de los CPA, pero a su vez plagada de irregularidades, que podría haber respondido a una coyuntura política, mas allá de la importancia de la gestión en si misma, la cual ha sido reivindicada por la mayoría de los entrevistados, ya que fundamentalmente la organización de la red y sus dispositivos datan de esa época.

La falta de permanencia de políticas públicas con respecto a esta problemática ha contribuido al deterioro de los servicios y de las condiciones de trabajo de los profesionales y técnicos.

En cuanto a los dispositivos terapéuticos se observa escasa retención de pacientes en las diferentes fases del tratamiento, así como también la inexistencia de seguimiento formal por parte de la institución cuando se produce abandono, así como tampoco forma parte del trabajo social que es incumbencia de esta disciplina. La posibilidad de seguimiento del paciente en caso de abandono de tratamiento depende exclusivamente de la voluntad del profesional, ya que no está pautado por la institución.

La capacidad institucional de contención y de atención clínica del CPA se conjugaría con las disfuncionalidades antes citadas, que culmina dando por resultado un insuficiente grado de planificación de los servicios (con sus funciones respectivas, como niveles de prevención), que produce dificultades para el logro de resultados estables durante el proceso de atención y de reinserción social de los pacientes luego del alta.

Lo dicho no se corresponde con lo expresado por los integrantes del equipo en cuanto a la amplitud de los servicios y atención, tal como puede observarse a partir de la siguiente cita del material de entrevistas... *“se trabaja con mucho compromiso, que la gente que trabaja acá es seria, se forma, creo que en cuanto a compromiso del equipo, y en cuanto a seriedad en el trabajo, es muy importante... La prestación en sí es muy buena..”*

“... yo creo que podría estar mucho mejor, muchísimo mejor yo necesitaría mas apoyo, Es bueno lo que hacemos pero necesitamos recursos materiales...”

“las personas que estamos a cargo de estos grupos hacemos lo mejor que podemos”

“se hacen bastantes cosas, en cuanto a lo que nosotros podemos brindar acá. Son muchas las áreas que estamos en condiciones de cubrir, “en cuanto a la calidad del servicio, es buena, podría ser de excelencia pero nos falta esa cuestión económica”

“nosotros en el equipo tratamos de defender mucho esto”,

“le estas brindando al paciente todas las herramientas para lograr una rehabilitación, no, como un “como si”.”

Se observa entonces una contradicción en lo dicho por los entrevistados ya que por un lado aseguran que la atención y la prestación es buena cuando en realidad los resultados obtenidos no reflejan esta realidad, por lo que podría pensarse como una forma que han encontrado los integrantes de esta institución para hacer frente a una clínica de gran complejidad y a la cual se sumarían las condiciones de trabajo institucional desfavorables.



Como se ha dicho anteriormente se observa cierto grado de malestar en los trabajadores con respecto a las instituciones públicas, al empleo público y al rol del estado como garante de derechos sociales –como lo es trabajar con condiciones razonables de trabajo-. Estas valoraciones se producen asociadas a una expectativa mayor en los servicios y las condiciones de trabajo del sector privado. Esta contradicción sería manifestación de lo que produciría el aún eficaz discurso privatista de los noventa en el imaginario social de la población, fundamentalmente en los sectores sociales medios-pauperizados.

SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN PROVINCIAL DE ATENCION A LAS ADICCIONES EN MAR DEL PLATA

CONFORMACION Y COORDINACION EN LA RED PROVINCIAL

Los profesionales que integran la institución están en conocimiento del Plan Provincial de Atención a las Adicciones 2003-2007 que implementa la Subsecretaría de Atención a las Adicciones.

La Red de Atención a las Adicciones, que plantea la Subsecretaría como forma de funcionamiento, se divide en zonas sanitarias. Los lineamientos son generales a todos, la sede central de la Subsecretaría se halla en la ciudad de La Plata. Está compuesta por un/una Subsecretaria/o, y tres Directores/as provinciales, once Coordinadores/as regionales, y Directores/as Distritales. La Subsecretaría cuenta con un departamento de Coordinación, los coordinadores remiten a los coordinadores de las regiones.

Los coordinadores/as regionales reciben la información y la transmiten a los/as Directores/as Distritales, quienes a su vez lo comparten con los equipos de los CPA. Esto facilitaría la comunicación e interrelación entre las autoridades provinciales, regionales y los CPA, la cual permitiría un desarrollo más eficiente de las actividades. La comunicación entre los CPA, es bastante fluida, se produce por vía telefónica, y en las reuniones regionales entre los directores.

Se llevaban a cabo por parte de los CPA informes trimestrales a los coordinadores, se elevaban y obtenían una devolución. En opinión de un entrevistado” *la Subsecretaría a nivel central tiene un departamento que es el de Coordinador de Regiones. Y todos los Coordinadores Regionales remiten a este Coordinador de Regiones, que hasta hace poco hacíamos informes trimestrales, muy detallados con todo lo que es*

información de actividades que se realizan en el CPA. Y después recibíamos una devolución del Coordinador de Regiones en relación a la evaluación nuestra que obviamente va con el aval de la Coordinadora Regional que esta al tanto de las actividades de todos los CPA, a través de la Directora Distrital, y se van elevando informes, a veces hay cuestiones específicas, nosotros estamos acostumbrados a una comunicación bastante informal mas allá de se formalice en esto del informe trimestral, y después todo lo que tiene que ver con atención de pacientes específicamente se hace un relevamiento mensual, cantidad de pacientes que se recibieron”.

(Entrevista nro. 6)

Es divergente la opinión de los profesionales del CPA Mar del Plata, con respecto a una coordinación efectiva en la red de atención *“La Subsecretaría promueve bastante lo que es el intercambio porque se hacen foros, se hacen jornadas ,por ejemplo de lo que es el área educativa tenés un encuentro donde a lo mejor se junta la Zona VIII con la zona I, y entonces se hacen intercambios” “ Si, lo que pasa que cada región tienen un coordinador, y todos los meses hay reunión regional” “Sí en general sí, cuando estamos bien comunicados, hay buena coordinación”.* (Entrevistas nro. 9, 4, 7) Para otros profesionales la coordinación no se realiza en forma periódica, no funciona, en sus palabras *“Me parece que es fallida, coordinación evidentemente hay, pero me parece que es fallida que hay muchas cosas que hay que modificar”.... “Yo creo que la red existe, pero creo que es una red mas para lo visual.”* (Entrevistas nro. 5, 8) En su opinión solo apunta a lo institucional, consideran que se deben hacer modificaciones. *“Si hablamos de trabajar en red entre los distintos CPA me parece que es parcial. Hay cosas que se coordinan bien, y otras que no que cada CPA es una isla, que la red de atención a las adicciones es nominal, pero no se si funcionamos como red, sino que hay una cabeza que baja lineamientos parecidos para todos lados, para todos los CPA. Pero no se si hay trabajo en red, a mi me parece que el trabajo en red es mas dinámico, que tendría que haber mayor interacción y en realidad mas que una red, hay una cabeza que distribuye”.* (Entrevista nro. 3)

Otros sostienen que *“Pero tenemos un problema de comunicación, no dentro de la red. Dentro de nuestra región, tenemos mala comunicación, cuando tenemos que informar algo, tenemos la sensación de que llega hasta cierto punto, nunca tenemos la respuesta.”* (Entrevista nro. 12)

Para algunos profesionales la elaboración de un plan, o de programas homogéneos no contempla la diversidad y complejidad que se presenta en el territorio bonaerense, plantean entonces que *“creo que los programas en principio están pensados desde otro lugar y no en base a la realidad que tenemos, están pensados para una provincia que es tan diversa que es muy difícil ajustar un programa a Mar del Plata que a una comunidad pequeña, entonces no sé, creo que igual es parte del trabajo de cada institución y de cada servicio el hecho de poder adecuarlo”*. (Entrevista nro. 11)

En ese sentido opinan *“Nosotros trabajamos en función de los lineamientos que ellos nos bajan ..sí desde acá se piensan cosas particulares para la zona por ejemplo de acuerdo a la demanda que surja se hacen proyectos, cada CPA le da su sello particular pero nosotros tenemos los lineamientos bajados directamente de la Subsecretaría no es que el CPA se maneja a su gusto, incluso se maneja con una clara jerarquía en donde nosotros nos tenemos que dirigir a la Directora, la Directora a la Distrital, la Distrital a la Regional, la Regional a La Plata, o sea que esto tiene todo un caminito y cuando bajan las directivas o lineamientos, por ejemplo cuando se inicia el año, la Subsecretaría se propone sus objetivos.”*

(Entrevista nro.9)

De las reuniones regionales que se realizaban se desprendían los lineamientos para los directores. Estas reuniones se han ido espaciando en el tiempo.

La coordinación en la red es efectiva, cuando se realizan internaciones, es decir la posibilidad de derivación de pacientes desde el CPA de Mar del Plata a otra Comunidad Terapéutica que no sea la de la Zona Sanitaria VIII, es decir se plantea una buena comunicación entre los distintos CPA de la provincia en este sentido.

Sin embargo se plantea que existe incoherencia interna, problemas de organización desde la Subsecretaría. La coordinación no eleva los pedidos regionales, ni quedan claros los lineamientos de trabajo.

Por lo tanto se producen dificultades para coordinar acciones en la red, que provocan la desarticulación de la misma.

EVALUACIONES EN LA RED

No existen formalmente evaluaciones por parte de las autoridades distritales, hacia el personal de la institución, circuló en un momento una planilla bimestral para todo el personal, opinan *“En una época había una persona que cumplía las funciones de supervisor fue hasta el año 2000, 2001. Después los supervisores fueron desapareciendo, cuando pasamos a pertenecer al Ministerio de Salud aparecen dos*

figuras nuevas, que tiene que ver con responder a la estructura que tienen el Ministerio, que son la Coordinador/a Regional y el Director/a de Distrito". (Entrevista nro.3)

Existe la evaluación distrital cuando lo clínico afecta lo institucional, no se supervisa la tarea más allá de lo formal, en opinión de algunos profesionales en *"Mar del Plata se cuida lo institucional porque se usa como lugar de exhibición a nivel político.... el figurar o aparecer en los medios de determinada manera, de cuidar la visibilidad del Centro."* (Entrevista nro. 3)

No hay supervisión de lo realizado en la región ni a nivel distrital, ni regional.

Desde el Plan Provincial se habría establecido que para llevar adelante una atención integral a las adicciones se conformaría una red socio-sanitaria de atención compuesta por servicios que se distribuirían en las diferentes regiones de la provincia de Buenos Aires.

Se proponía entonces la coordinación interinstitucional e intersectorial en los tres niveles de la estructura organizativa. Desde el nivel central entre Subsecretarías, Direcciones Provinciales y Programas Verticales. En el nivel regional se promovía la coordinación con otros organismos del estado. Y en el nivel distrital se promovía la integración programática y operativa de los centros.

A su vez se establecía que la gestión se basaría en el conocimiento de las necesidades de la población a partir del análisis y evaluación de las estructuras y en la medición de los resultados de las acciones efectuadas en el plano preventivo y asistencial.

Por lo expresado en las entrevistas no se observan coincidencias entre las referencias de los integrantes del equipo con respecto al funcionamiento de la red. Algunos de ellos opinan que la red sería efectiva, que habría buena comunicación, que se producirían intercambios, mientras que para otros no cumpliría sus funciones como tal, no sería dinámica, no sería más que una red virtual.

La relación con otros centros de la provincia parecería más efectiva, a la hora de coordinar algunas acciones, por ejemplo las internaciones, pero no para llevar adelante otro tipo de actividades.

Los entrevistados no cuestionan la red como estructura, como forma, sino su modo de funcionamiento, que parecería responder a un modelo verticalista de gestión, y no de intercambio e integración transversal entre los diferentes lugares de la estructura.

La falta de reuniones, de controles, de evaluaciones, de lineamientos claros con respecto a las actividades, son algunos de los factores señalados con respecto al problema del funcionamiento.

También se observa una disconformidad manifiesta con la coordinación en la región que los entrevistados consideran que no sería efectiva, por lo que traería problemas de comunicación con los niveles centrales. Se observa, en la coordinación distrital, una dificultad para llevar adelante la supervisión y la evaluación de las acciones. Esta situación no podría evaluarse como una problemática de las personas encargadas de las tareas directivas de la zona, sino más bien respondería a una deficiencia en el origen de la estructura organizativa, o del modelo de gestión implementado, o bien que en el plan no se explicita claramente cómo se lleva adelante la evaluación de las acciones.

SOBRE LA RELACION CON OTRAS INSTITUCIONES

VINCULACION CON OTRAS INSTITUCIONES

El CPA de Mar del Plata mantiene vinculación con el SEMDA²⁹, con el Hospital Interzonal, con el Hospital Materno Infantil, con el Patronato de Liberados, con los Centros de Protección de los Derechos del Niño, con las Postas Sanitarias dependientes de la municipalidad, con Posada del Inti³⁰, con la Asociación de Alcohólicos Anónimos, con instituciones de gestión privada como son el Sindicato de Luz y Fuerza y Obras Sanitarias, con instituciones educativas, instituciones religiosas, con el poder judicial, participan en mesas de gestión con otras instituciones locales. Se ha trabajado en un programa conjunto de capacitación a jefes y jefas de familia con el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia y con Calidad de Vida dependiente de la municipalidad.

Existe coincidencia en la opinión de que el CPA local tiene muy buena relación con el HIGA³¹, y con el INE.³²

Algunos profesionales plantean que se produce una falta de coordinación institucional, fundamentalmente en el caso de la derivación de pacientes, en palabras de un profesional *“Un ejemplo la gente que llega del Hospital Interzonal y llega como*

²⁹ Servicio Municipal de Atención a las Adicciones dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón.

³⁰ Organización no gubernamental dedicada a la atención de las adicciones, perteneciente a FONGA, Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina.

³¹ Hospital Interzonal General de Agudos

³² Instituto Nacional de Epidemiología



casi como que le hubieran pegado una corrida sin hoja de derivación, de interconsulta, ni nada, y a veces también con falta de criterio, el criterio es que nosotros nos hacemos cargo de la atención psiquiátrica de quienes se incorporan al dispositivo del CPA, y tienen por lo tanto su tratamiento antiadictivo el trabajo se ve complejizado tanto por este tipo de flujo de pacientes mal derivados...como también cuando uno tiene que derivar y justamente también las estructuras de atención de primer nivel municipal que son las que tienen que hacerse cargo, basta que escuchen que el paciente ha consumido droga alguna vez para que ya tiendan como por reflejo a rechazarlo, si fuera el criterio que toda persona que ha hecho abuso de sustancias permaneciera en el dispositivo del CPA, la mitad de la población estaría dentro del dispositivo". (Entrevista nro. 1)

FUNCIONAMIENTO INTER - INSTITUCIONAL

No existe un funcionamiento conjunto de las instituciones de salud, lo que provoca una fragmentación institucional que atenta contra la recuperación del paciente, porque en muchos casos se ve sometido a la atención en varios establecimientos en opinión de un entrevistado *"alguien que comenzó a ser atendido en el Hospital Interzonal, que es un hospital general, de ahí por una carambola muy frecuente pasa a un monovalente especializado en psiquiatría por ejemplo la Colonia Cabred, o sea un psiquiátrico y después pasa en vuelo rasante por el CPA, y estas instituciones no han funcionado en un plan conjunto obviamente, así que la persona por ahí llega con que en el Interzonal le dan dado tal medicina y le han dicho esto, y después fue al otro lado y le fue mal, y al final le dieron el alta. Y después la familia no sabe que hacer (Entrevista nro. 1)*

También se hace referencia a que tampoco existe un funcionamiento de las instituciones de salud que brindan servicios sociales, no se interviene en forma conjunta, un entrevistado plantea *"la misma persona se encuentra fragmentada, porque lo están atendiendo en el CPA pero después se plantea ¿Dónde vas a trabajar? o ¿Qué pasa con tu educación? que tienen que capacitarse y no es un plan, o proyecto personal terapéutico, rehabilitativo, socializante, entonces esa también es una de las características de fondo." (Entrevista nro. 1)*

De acuerdo a las palabras de los entrevistados se observa que no se plantea buena articulación con las autoridades de los servicios municipales, esto produce deficiencias en la intervención comunitaria, lo cual altera la derivación hacia el CPA de los pacientes de las zonas periféricas donde se encuentran los servicios sanitarios

municipales. Tampoco se ha establecido un nexo de trabajo eficiente con el Servicio Zonal encargado de la derivación de menores con problemáticas de adicciones. En el marco de la prevención comunitaria se llevan adelante actividades articuladas con el Barrio Dorrego.

Sin embargo se sostiene un buen vínculo con las ONG que se ocupan de la atención a las adicciones, aunque con estas organizaciones se producen diferencias ya que tienen otra mirada sobre el paciente.

La relación con el poder judicial se establece a través de la abogada de la institución, lo cual permite una articulación más elástica entre lo terapéutico y el procedimiento judicial.

Tienen una mejor conexión con las postas sanitarias municipales, porque cuentan con un modelo preventivo similar, que supone salir a hacer trabajo preventivo en la comunidad, no así con las salas de atención sanitaria municipal ubicadas en los barrios.

La comunicación interinstitucional es deficiente, no se traslada la información y se produce entonces un desconocimiento de los servicios que presta el CPA.

En opinión de un profesional con las instituciones en general no se producen relaciones, sino que estas se establecen con determinado personal con el cual se articulan algunas actividades ***“no tenemos mucha cultura de la interinstitucionalidad, es un ejercicio que hay que hacer todos los días, nosotros la relación que tenemos es buena”*** (Entrevista nro. 6)

A partir de la descripción efectuada por los entrevistados se observa que la relación interinstitucional se efectúa con varias instituciones del área de la salud, tanto municipales como provinciales, con organizaciones sociales intermedias, con diferentes áreas del poder judicial, con entes provinciales y municipales, con instituciones educativas y de gestión privada.

Así mismo se trabaja en forma conjunta en el marco del desarrollo de programas sociales con ministerios provinciales y áreas municipales. Pero se remarca la falta de articulación entre las distintas instituciones.

De acuerdo a lo observado existiría una predisposición desde la gestión de la institución para el desarrollo del trabajo en común con instituciones tanto de salud, como sociales y comunitarias.

Sin embargo se evidencian ciertas dificultades en el funcionamiento conjunto de las instituciones de salud, una falta de coordinación en el trabajo interinstitucional, lo que provocaría tanto la fragmentación de los servicios de salud como de los pacientes que

culminarían circulando por diferentes espacios clínicos, con el consiguiente desgaste, para ellos, sus familiares y los profesionales que los asisten.

Se observa una insuficiente promoción de los servicios que brinda el CPA, en el marco de otras instituciones, que no permitiría el conocimiento de la institución en otros ámbitos de la comunidad.

Un factor de la imposibilidad de reinserción social de los pacientes podría estar relacionado con estas fallas en la coordinación y la comunicación entre las instituciones referentes de salud y sociales, lo que podría deberse a dificultades en las políticas de gestión de estas instituciones.

SOBRE LA DINAMICA DE TRABAJO

ACTIVIDAD DEL EQUIPO PROFESIONAL -FRECUENCIA DE REUNION Y SUPERVISION

El equipo de atención de CPA de Mar del Plata se reúne una vez por semana aproximadamente durante tres horas. De esta reunión participan la directora distrital, la directora de la institución, psicólogos, psiquiatra y operadores, la operadora de GABA, y una empleada del sector administrativo.

Las reuniones de equipo se utilizan para llevar adelante la supervisión clínica de los casos que se atienden, y para realizar la planificación estratégica de las acciones. En ella se evalúan las acciones realizadas, con los pacientes en particular, la estrategia para llevar adelante en el grupo terapéutico, y las acciones preventivas tanto comunitarias como educativas, valorándose entre todos las estrategias generales.

Los casos son supervisados en la reunión de equipo, entre todos, no hay una persona que supervisa, es decir externa a la institución. En los primeros años de la Subsecretaría contaban con un supervisor externo. Los entrevistados coinciden en señalar la importancia de contar con una supervisión externa, dada la complejidad clínica de los casos que demandan atención.

La reunión de equipo funciona además de lo mencionado anteriormente en palabras de un profesional *“la reunión de equipo digamos funciona como un espacio de descarga y de descongestión”* (Entrevista nro. 6), es decir como un lugar de contención para los profesionales que llevan adelante el abordaje terapéutico de esta patología de características tan complejas.

Los profesionales y operadores entrevistados coinciden en que no cuentan con supervisión clínica de los casos, ni de grupos, ni institucional, ni comunitaria, mas allá de que se comparten los casos y entre todos se evalúa y se colabora, lo cual no da cuenta de lo que significa una supervisión, opinan ***“en la reunión de equipo entre todos, es una supervisión horizontal, no hay una persona que supervisa”*** (Entrevista nro. 6)

Consideran muy importante tener una persona ajena a la red que los supervise y en otro espacio que no sea la reunión semanal. En palabras de un profesional ***“Una persona que no este atravesada por la institución, pero bueno...esto se viene pidiendo hace rato pero por el momento no hemos obtenido respuesta”*** (Entrevista nro.5)

CAPACITACION PROFESIONAL

La Subsecretaría lleva adelante durante el año capacitaciones para directivos, directivos distritales, coordinadores y para otros recursos específicos. Se intenta que los profesionales vayan rotando para que puedan acceder a “alguna” capacitación, en opinión de un entrevistado ***“el área de capacitación, hay pocas capacitaciones que vienen ya enlatadas, por ejemplo emergencia toxicológica, capacitación a agentes de salud en prevención de adicciones, pero nosotros hemos ido armando una serie de capacitaciones en función de la demanda.... un espacio de capacitación que es invaluable es la reunión de equipo”***. (Entrevista nro. 6) Nuevamente se observa la estrategia de los profesionales más allá de lo institucional, en un intento por cubrir las falencias.

Consideran que es escasa la formación planteada desde la SADA, coinciden en que es selectiva, es decir participan algunos profesionales, plantean que no son específicas, que los contenidos son heterogéneos, y que se deben ajustar porque en muchos casos son confusos. En las capacitaciones se bajan lineamientos en cuanto a los criterios en la atención, no son cursos de formación.

Algunas capacitaciones han tomado la forma de foros que son productivos, pero falta un área formal para lograr actualizaciones. Reclaman una mayor capacitación, con profesionales de mayor trayectoria, porque se hallan frente a una problemática que se complejiza día a día en referencia a lo clínico y a lo social. En palabras de los profesionales ***“Tenemos la capacitación que baja la Subsecretaria, que a veces son encuentros a los que no todos vamos” “cada tanto hay alguna capacitación”, “suelen bajarse lineamientos en cuanto a criterios en la atención, no son cursos de formación.”*** (Entrevistas nro. 4, 5, 9). No se dicta capacitación para los operadores que trabajan en el área preventiva comunitaria.

CONTENCION SALUGENICA DEL EQUIPO

Desde lo institucional no está prevista la contención de los profesionales, pese a estar frente a una patología que puede considerarse de riesgo. La falta de contención ha sido una preocupación manifiesta de todos los entrevistados. Se establecen lazos informales, entre compañeros, que operan a la manera de contención. En opinión de algunos profesionales desde la institución se plantea el cuidado de los recursos, pero solo queda en el discurso, la institución exige compromiso pero no lleva adelante ninguna estrategia de contención, opinan ***“cada vez que ha cambiado el Subsecretario de la Atención a las Adicciones han dicho exactamente lo mismo “nuestros mejores recursos son las personas que trabajan para nosotros, hay que cuidarlos”, pero después de eso viene...El... todos tienen que poder cumplir funciones en cualquier lugar, estamos al servicio de la gente, tiene que estar a disposición.*** (Entrevista nro. 3)

Consideran que necesitan contar con un espacio, para poder volcar las preocupaciones, lo que les ocurre como profesionales debido a la asistencia de esta problemática, donde muchas veces se producen situaciones muy delicadas, ya que la clínica con estos pacientes no es fácil, y al no contar con supervisión se hacen más difíciles. Para ellos es importante cuidar la salud de la institución, haciendo una lectura y una supervisión de las relaciones establecidas.

EVALUACIONES DEL EQUIPO

No se llevan a cabo evaluaciones formales de las acciones implementadas. En las reuniones de equipo cada encargado de área vuelca un informe, por lo tanto todos los integrantes están al tanto de las actividades realizadas.

Las evaluaciones las hace la Directora en forma personal, anteriormente se hacía a través de un informe, que la dirección enviaba a la Sede Central, sobre el desempeño de los profesionales, y que firmaban en conformidad o no, han dejado de efectuarse estas evaluaciones.

Las reuniones semanales del equipo de trabajo del CPA, estarían manifestando una preocupación e interés por el seguimiento, y desarrollo de las actividades y de las intervenciones tanto individuales como grupales pero, por lo manifestado por los entrevistados, no sería suficiente, ya que la complejidad de la problemática requeriría otras instancias que estarían ausentes.

Se deduce de lo expuesto que la capacitación profesional llevada adelante por la Subsecretaría no tiene sistematicidad, sería escasa, y no abarcaría al conjunto de los

profesionales de la institución; los foros, o reuniones de capacitación no serían consideradas por ellos como instancias de formación profesional.

Habría existido en otro momento, según lo expresado en las entrevistas, una supervisión externa de casos tanto individuales como de los grupos terapéuticos. A partir de las referencias de las entrevistas sobre este tema, se puede observar que es un reclamo generalizado la necesidad de recuperar una supervisión externa para ambas instancias, lo que les permitiría ajustar sus intervenciones, ya que los casos se habrían agudizado en estos últimos años, como producto del aumento de las patologías psiquiátricas, el mayor deterioro físico y psíquico de los pacientes, la fragilidad de los vínculos familiares, la ruptura de los lazos sociales, el aumento de las enfermedades infecto contagiosas, la pauperización de grandes sectores de la población, la multiplicidad de sustancias que se consumirían, el proceso de desculturización de diversos sectores sociales, el abuso de sustancias de jóvenes de menor edad, el entrecruzamiento con el delito, y otros factores tanto de orden social, como económico que habrían influido en la complejidad del fenómeno de las adicciones.

Por lo anteriormente citado la atención cotidiana provoca en los trabajadores de la institución un desgaste mental permanente, ya que están sometidos a situaciones tanto clínicas, como institucionales de riesgo y complejidad, sumado a la falta de supervisión y capacitación, por lo cual reclaman un espacio específico de contención institucional, que les permita trabajar sus preocupaciones, sus inquietudes, y su angustia como trabajadores y, en consecuencia, llevar adelante su tarea de forma más eficiente y eficaz.

Las reuniones de equipo en consecuencia no cubrirían las necesidades manifestadas, aparentemente el pedido de estas instancias específicas a la Subsecretaría no habría tenido respuesta.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

PERFIL DEL USUARIO DE DROGAS ATENDIDO EN CPA MAR DEL PLATA

En el informe de gestión 2003-2007 de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones se establecía que el perfil del usuario de la red, definido a partir de un promedio de los pacientes atendidos, contaba con las siguientes características: edad promedio de 26 años, con estudios secundarios incompletos, con 10 años de evolución de consumo, con contención familiar, consumo de marihuana, cocaína y alcohol, subocupado o desocupado.

A partir de los casos atendidos los profesionales del CPA de Mar del Plata refieren que el perfil de usuario y de sujeto que demanda atención se ha modificado en los últimos años. Se han producido cambios en la forma y el tipo de consumo, que se manifiestan tanto en el aspecto psicológico y psiquiátrico de las personas, así como en el aspecto social y cultural.

En opinión de los entrevistados la edad promedio de los pacientes ha bajado y ello lo infieren a partir de que las prestaciones se realizan a jóvenes de menor edad. Ha bajado la edad de inicio de consumo, estableciendo la misma entre los 12 y 13 años. Mayoritariamente los pacientes son del sexo masculino, con 10 años o menos de evolución de consumo, policonsumidores en su gran mayoría. Con estudios primarios completos, con mayor desarticulación y precarización en lo familiar, con entornos familiares abandonicos, y por lo tanto con escasos recursos para la contención y el acompañamiento en el tratamiento.

Refieren los profesionales que los jóvenes consultantes tienen menor edad, y se observa en ellos rasgos marcados de consumo, abusan de varias drogas³³, y en algunos casos son hijos o nietos de consumidores de sustancias, es decir segunda o tercera generación de sujetos con problemas de adicción.

Se ha registrado un aumento en las patologías psiquiátricas, en lo referente a los cuadros de ansiedad, ataque de pánico, depresión, Se observa dificultad para sostener la abstinencia, lo que plantea entonces la necesidad del soporte psiquiátrico a través de tratamiento psicofarmacológico.

Se ha producido un aumento en el consumo de alcohol, y fundamentalmente extendiéndose de forma alarmante a los sectores adolescentes, este fenómeno responde en opinión generalizada de los profesionales al corrimiento de la tolerancia social del abuso del consumo de esta sustancia.

Se manifiesta en los pacientes un predominio de consumo de marihuana y alcohol en los mas jóvenes, y de cocaína y alcohol en los adultos, se ha extendido el consumo de inhalante, la pasta base está acotada a sectores denominados marginales.

En relación a la extracción social de quienes demandan atención se observa un mayor ingreso de personas de los sectores de trabajadores de la denominada clase media baja, o de los sectores más precarizados de la ciudad; en el plano laboral subocupados o desocupados.

Presentan bajo nivel cultural, con pobre escolaridad, es decir con nivel primario, en muchos casos incompletos, o nivel secundario incompleto, presentan fallas en el nivel

³³ Policonsumidores

de pensamiento simbólico, se observa por lo tanto empobrecimiento cultural, sujetos en los cuales no operan los patrones sociales.

Se observa un mayor deterioro tanto físico como psicológico en los consultantes, ello puede deberse al consumo más intenso, y al tipo de drogas que consumen que les provoca daños mas severos, relacionado a su vez a su condición social, que se ha visto agravada por los profundos cambios sociales de los últimos años.

Desde el área comunitaria se hace referencia a que el contexto de los barrios ha cambiado, agravándose las condiciones sociales de vida, los niños abandonan en muchos casos la escolaridad, por que necesitan trabajar, salen a "cartonear".

Se observa el consumo de inhalantes desde edades tempranas, en algunos jóvenes consumo de pasta base, además de otras sustancias, plantea una entrevistada "*El pegamento es de venta libre en todos lados, primero el pegamento con tolueno es mas barato que sin tolueno. Lo que se ha prohibido en las ferreterías es la venta de fraccionado, pero se juntan un grupo y se compran una lata.....chicos muy pequeños en situación de vulneración de derechos. Los padres no están, los chicos están en la calle todo el tiempo.... Y la cultura de la calle es la cerveza, el cigarrillo, el pegamento, la marihuana.*" (Entrevista nro. 12)

Esta población que necesita atención, no llega al CPA, permanece oculta.

El inicio de consumo de sustancias en edades menores implica un peor pronóstico, para los sectores de nivel socioeconómico mas bajo, que abusan en poco tiempo y en forma descuidada de múltiples drogas baratas, que le ocasionan efectos sumamente desorganizantes. Se observa un mayor deterioro físico y psicológico en los pacientes que consumen inhalantes, pero es difícil atribuir el deterioro al consumo, ya que también puede estar agravado por el contexto social en el que viven.

Muchos jóvenes están en situación de calle. Es coincidente la opinión de que el consumo de pasta base se circunscribe a determinados sectores, concretamente marginales de la población y que en realidad sería mucho mas preocupante el consumo y abuso de alcohol³⁴, la sustancia de consumo que predomina, en opinión de algunos profesionales es la cocaína, y para otros la marihuana y el alcohol, sobre todo en los sectores juveniles.

No está evaluado, pero en referencia a los casos atendidos en este centro algunos profesionales hacen referencia a que se puede establecer una relación entre el ámbito laboral y el abuso de sustancias, plantean "*hay muchas personas que trabajan en algunos sectores laborales, por ejemplo la gente que trabaja en el puerto, muchos*

³⁴ En provincia de Buenos Aires los últimos datos obtenidos por el Observatorio de Sustancias Adictivas revelan que el 48% de la población consume alcohol, el 0,2 % pasta base.

pacientes que trabajan en el puerto, muchos pacientes que trabajan en la construcción, son como los sectores mas vulnerables para las adicciones” (Entrevista nro. 11)

Las personas que solicitan atención lo hacen luego de un largo recorrido de consumo, cuando se han producido disfuncionalidades, por ejemplo pérdida de trabajo, de lazos familiares. Los consultantes son en su mayoría varones.

Se registra un mayor ingreso de sujetos con cuadros de intoxicación más severa por lo cual es necesario derivarlos a las unidades de desintoxicación, para poder posteriormente dar lugar al inicio del tratamiento.

En cuanto al aumento de pacientes con patologías psiquiátricas asociadas al consumo de sustancias en opinión de algunos profesionales, la sustancia viene a ocupar el lugar de la estabilización, porque le ofrece un grupo de pertenencia, suple carencias a nivel familiar, esto lo relacionan *“con la gran precarización social y familiar que estamos observando, así como los pacientes se presentan cada vez con mayor componente de lo psiquiátrico vemos también la precarización que esta sufriendo la familia. Se nos presentan familias cada vez mas desarmadas, mas desarticuladas, cada vez tenemos menos apoyo familiar en el tratamiento. Entonces me parece que tiene que ver con procesos sociales, familiares. Aparece el síntoma psiquiátrico como manifestación de la gran precariedad social”*. (Entrevista nro. 5)

Se ha producido un aumento de la demanda espontánea, en el mes de Octubre de 2006, aproximadamente del 40 %, esto puede atribuirse a una campaña llevada adelante por la Subsecretaria de Atención a las Adicciones, que publicitaba el servicio de FONODROGA.

Ha bajado en el último tiempo la derivación de pacientes judicializados, que antes representaban un número mas alto, en los grupos GABA el numero de pacientes judicializados alcanza el 50%. En muchos casos estas personas no tienen intención de hacer el tratamiento, sólo concurren porque están obligados por la justicia, lo que condiciona el tratamiento, su actitud y su evolución.

Teniendo en cuenta la caracterización del paciente que se volcaba en el informe 2003-2007 y por lo expresado en las entrevistas realizadas, en los últimos años se habría producido la modificación del perfil del paciente, que demanda atención en el CPA de Mar del Plata, siempre teniendo en cuenta que este perfil se elaboraría en relación a

los sujetos que concurren a la institución, no sobre toda la población de la ciudad que estaría en situación de necesitar atención³⁵.

Se observa un agravamiento de las condiciones tanto psicológicas como sociales en las cuales se produce la demanda. Ello podría deberse a varios factores, ya que se estaría frente a una problemática que no tendría una sola determinación, pues la relación que se produciría entre el sujeto y el objeto-droga se encontraría agravada por las implicancias de este encuentro, que tendría sus manifestaciones no solo en el plano de la salud, sino también en lo social, en lo cultural, en lo económico.

Las personas que demandan atención presentan un mayor deterioro en general, que podría atribuirse a la adicción, la cual se habría modificado cuanti y cualitativamente en los últimos años, ya que se tiende a consumir de manera más intensa y las sustancias tienden a ser de menor calidad.

Esto se conjuga con un proceso de cambios políticos, económicos y sociales que se produjeron en el país en las últimas décadas.

Otro aspecto que llama la atención es el aumento de la tolerancia social con respecto al consumo y abuso de algunas sustancias, lo que podría estar reflejando una modificación en los patrones culturales de consumo.

La ingesta y abuso de sustancias en mayor cantidad de jóvenes y de menor edad, podrían ser en principio el reflejo de la tolerancia al consumo antes mencionada, por parte de los adultos responsables de la crianza de estos jóvenes, y a un aumento de la oferta de sustancias y a una mayor facilidad de acceso a las mismas.

Las adicciones a sustancias no son un patrimonio exclusivo de ningún país, sino que son una problemática que se extiende a nivel mundial. En nuestro país específicamente, podría pensarse que el agravamiento del fenómeno no solo responde a las crisis vividas durante los últimos años, que habrían provocado el deterioro y la modificación de estilos de vida de la mayoría de la población, sino que también estaría reflejando la falta de políticas estatales adecuadas para enfrentar la problemática, tanto a nivel social como sanitario.

Por lo expresado en las entrevistas, las políticas públicas en materia de salud llevadas a cabo durante los últimos diez años no se condecirían con la gravedad que representa el fenómeno de las adicciones, lo que podría deberse al recorte de presupuesto en la administración pública, así como también a la falta de planificación e instrumentación de políticas sanitarias en materia de prevención, lo que habría contribuido al agravamiento de la problemática.

³⁵ La reconstrucción del perfil del paciente que concurre al CPA de Mar del Plata se realizará en el capítulo siguiente, a partir del relevamiento de casos del año 2006, que permitirá un acercamiento actualizado sobre las características de quienes solicitan la prestación del servicio.

PROBLEMAS PRESTACIONALES/VISIBILIDAD DEL SERVICIO

ATENCIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACION

Los profesionales de la institución han hecho referencia a que existe un aumento en la demanda de atención, que no están en capacidad real de cubrir como institución. La demanda se produce en muchos casos desde la urgencia, los pacientes llegan en muchos casos desbordados, y es necesario un proceso de desintoxicación, que no siempre se puede llevar a cabo porque no existe disponibilidad de camas en el Hospital Open Door,³⁶ ni tampoco en el Hospital Interzonal, por lo que los pacientes deben quedar en lista de espera, con contención psiquiátrica que les brinda la institución, y con apoyo de los familiares del paciente.

En cuanto a amplitud de los servicios consideran que se atienden muchos aspectos no solamente de la demanda del paciente sino que se sostiene a los familiares, ya que existen espacios para familiares que no están en tratamiento, espacios de orientación, en este sentido coinciden en que tanto la atención como el tratamiento están bien diseñados.

Pero el servicio es insuficiente para la cantidad de personas que solicitan ayuda, debe ser mas amplio para la demanda que se presenta.

En opinión de los profesionales ello puede deberse, en principio en que un solo Centro no esta en condiciones de atender la demanda y a la necesidad de una población tan numerosa como la de Mar del Plata, sumado a que esta ciudad reviste características sociales similares al conurbano bonaerense, al respecto un profesional plantea ***“creo que se hace muchísimo, pero harían falta tres CPA, y mira que acá somos mas de veinte y trabajando fuerte, pero harían falta tres, no uno. Por ahí estaría bueno estar en los barrios. Hay trabajo en las barrios, pero más trabajo comunitario.”*** (Entrevista nro. 9)

Refieren que se ha hecho un intento de descentralización de servicios intentando abrir consultorios en los barrios, pero la experiencia no tuvo buen resultado, parece que cuesta mantener los consultorios externos, ya que la descentralización es efectiva cuando se contrata mas personal, porque de llevarse adelante con el mismo equipo profesional, supone desatención de lo ya instalado, y se genera demanda que se cubre con los mismos recursos, ***“es imposible descentralizar un servicio que está desbordado, yo creo que estamos desbordados.”*** (Entrevista nro.3) El servicio debe ser mas amplio para la demanda que se presenta.

³⁶ Unidad de Desintoxicación



ACCIONES PREVENTIVAS CON POBLACIONES VULNERABLES

Por lo dicho anteriormente la opinión generalizada de los entrevistados coincide en que el trabajo con las poblaciones de los barrios es deficiente, no cuentan con recursos ni humanos, solo dos personas se ocupan del área comunitaria, ni económicos, este personal no recibe viáticos ; falta gente capacitada en esta área, una operadora plantea ***“nunca recibí capacitación específica sobre el área”*** (Entrevista nro. 12), no se trabaja con grupos de proximidad; no se llevan adelante relevamientos sociales específicos para conocer la cantidad y características específicas de la población que necesita atención , la trabajadora social no cumple estas actividades dentro de las comunidades, porque le han sido asignadas tareas como coordinadora de grupos dentro de la institución, lo lleva adelante una operadora socio terapéutica que no cuenta con formación específica ***“en general en la reunión de equipo se nos va el tiempo hablando de la clínica... Y a veces empezamos en el área comunitaria...y dale...pero bueno tal vez es mas importante el trabajo con el paciente que el trabajo de campo, o sea mas lo asistencial que lo preventivo”***, (Entrevista nro. 12).

Las personas con problemas de adicciones que habitan los barrios periféricos no llegan al CPA, mucha población de riesgo que vive en lugares muy alejados no tiene posibilidades en muchos casos de llegar hasta la zona céntrica donde se halla la institución, para algunos profesionales el CPA es un punto aislado en la ciudad. Se llevan adelante acciones de prevención en el ámbito educativo, pero tienen un carácter selectivo, porque son muchos los establecimientos educativos y sólo cuentan con dos personas en el área de educación ***“estamos hablando de doscientas escuelas en Mar del Plata por lo menos, estamos hablando de trabajar dos personas en el área educativa en una ciudad de setecientos mil habitantes es como irrisorio. Entonces lo que se hace, se hace bien, es suficiente la atención que se presta, es insuficiente en cuanto a la cantidad de personas que trabajamos y la posibilidad de cubrir lo que es la dimensión verdadera de la demanda”***. (Entrevista nro. 3)

Con respecto a los grupos GABA considera su coordinadora que son insuficientes ya que cuentan con un grupo que funciona en el CPA, y otro que funciona en una iglesia del culto mormón en el Barrio Primera Junta, cuentan con una sola operadora para los grupos, tienen posibilidades de funcionamiento en otras instituciones religiosas o sociedades de fomento, pero no cuentan con operadores capacitados. Se esta intentando que las personas que se vayan recuperando, coordinen los grupos como voluntarios.

PRACTICA ATENCIONAL

Se produce una alteración de los cargos a partir de la urgencia en la demanda de atención y la falta de personal capacitado para dar respuesta a las personas que solicitan ayuda ***“Hay gran cantidad de demanda de turnos para atender a pacientes que llaman pidiendo un turno y no contamos con los recursos para que esa persona tenga una escucha que por ahí podría ser un operador, el operador cubriría este lugar. Como no existen los operadores ni los recursos necesarios para hacer eso, las administrativas recurren a cualquiera de nosotros en forma de urgencia que después deja de ser urgencia, y después ese espacio pasa a ser un turno. Frente a este cuestionamiento que yo he hecho muchas veces si tengo el tiempo ocupado con turnos no puedo hacer lo social”***. (Entrevista nro.11)

Se hace referencia a que la institución no está cubriendo la necesidad, es necesario generar la demanda de aquellos sectores que lo necesitan, pero que no demandan atención. En este sentido se plantea que habría que tender a otro esquema de prevención, salir del esquema de esperar al paciente y salir a la comunidad, porque no se cubre la necesidad, se tendría que tender a trabajar ecológicamente, salir a la calle, los psicólogos deberían salir de “lo formal”, y acercar herramientas a la comunidad porque no se llega a los sectores mas vulnerables de la población marplatense, los sectores de mayor marginación social no conocen al CPA, y tampoco lo consideran un referente; ***“hay que empezar a traspasar los muros de los CPA dejar de estar tan encerrados”*** (Entrevista nro. 13).

En opinión de algunos ello sucedería por falta de recursos humanos y económicos, porque debe haber mas gente trabajando en el área comunitaria, porque no cuentan con infraestructura; porque no se produce articulación con otras instituciones, no se establecen nexos para trabajar y ello provoca la falta de derivaciones hacia al CPA por parte de unidades periféricas pertenecientes a otras dependencias, los profesionales de la salud de otros servicios públicos de salud no conocen la existencia del CPA. Existe predisposición y compromiso en la gente de los barrios, que la institución no toma en cuenta, no existe una política adecuada para llegar a la comunidad.

En opinión de integrantes del equipo es necesaria la formación y capacitación de los profesionales del CPA, para que adquirieran mayor cantidad de recursos, para abordar a esta población que presenta complejas situaciones sociales y una modalidad cultural distinta, es necesario intervenir “preventivamente”, con niños de edades mas cortas y con los padres de los niños de estos sectores.

Por las opiniones recogidas no existe una promoción adecuada de la institución en otros centros sanitarios, ni en la población en general, no cuentan con folletería propia

donde conste la información específica necesaria para que la gente lo conozca³⁷, cuentan con el material que les envía la Sede de la Subsecretaría, por lo tanto el CPA no se conoce como institución pública que atiende la problemática de adicciones en la ciudad de Mar del Plata.

Otras opiniones plantean que una forma de llegar a las poblaciones vulnerables es a través del Servicio Zonal de Protección al Menor que efectúa derivaciones desde los Centros de Protección hacia el CPA.

En opinión de los entrevistados la atención de la institución a los pacientes es muy buena, se rescata la buena calidad del servicio, los dispositivos están bien planteados, han logrado una mayor retención de pacientes en el tratamiento; lo que falta son más recursos humanos para llegar más a los barrios, y ello se debe a cuestiones internas de la Sede de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, y en su opinión la atención de necesidades siempre sería insuficiente para este tipo de problemáticas, pero sostienen en general que lo intentan.

No se han planteado dispositivos nuevos de atención, no cuentan con dispositivos específicos para pacientes con patología dual, no se han buscado estrategias de abordaje desde esta, ni otras instituciones públicas de salud para el tratamiento de recuperación de estos pacientes. Se plantea que no han sabido encontrar la forma de llevar adelante otras alternativas terapéuticas. Las modificaciones realizadas en Fase 1 habrían permitido mejorar el dispositivo. Plantea un entrevistado³⁸ *“Creo que el paciente merece más de lo que tiene, si bien hay más retención de pacientes que en otro momento por lo que se de la institución, creo que deberíamos tener más retención de lo que tenemos y que se debería hacer un seguimiento bastante más profundo y exhausto como para poder contener al paciente. Dadas las condiciones que tenemos hoy en la institución el paciente pasa por muchos profesionales...creo que eso no le da pertenencia al servicio por lo cual también es más difícil que puedan sostener el tratamiento”*. (Entrevista nro.11)

En opinión de los profesionales se pierde la “evolución positiva” del paciente que es dado de alta en la comunidad terapéutica, o bien del tratamiento ambulatorio en consultorio, agregando que no es suficiente con la buena respuesta clínica, si la persona no se puede sostener socialmente. porque no existen condiciones de inserción social *“el buen trabajo específico que se puede hacer tanto en la comunidad terapéutica como en el CPA después se borra, porque en la circunstancia clave de*

³⁷ En cuanto a información específica se hace referencia a que debería existir un folleto donde constara que el CPA es un servicio público y gratuito, cual es el domicilio, el teléfono, horarios de atención, y servicios que se brindan.

³⁸ El grupo de Fase 1 es co-coordinado por un psicólogo y un operador socio terapéutico.

hacer este aterrizaje en la incorporación laboral, socio familiar, todo eso que en definitiva es el criterio de curación no podemos estar satisfechos con que alguien tenga buenas respuestas clínicas mientras lo tenemos en una comunidad terapéutica, incluso mientras está en el tratamiento ambulatorio concurriendo varias veces por semana a grupos, sí en el momento en que el dispositivo tiene que abrir a la persona a su desempeño social normal encontramos con que no se va a poder sostener, el campo es interdisciplinario, complejo, político, todo eso.” (Entrevista nro. 1)

Y agregan en otra entrevista “el paciente que vuelve de una internación no tiene retención en los servicios... ese tiempo internado no le sirve de nada una vez que pisa la calle.... apuntar fuertemente a trabajar en forma conectada, en forma articulada con el servicio de la internación, para que la internación no sea el egreso que se plantea sino que sea una parte del tratamiento.” (Entrevista nro. 11)

La solicitud de demanda de atención a las adicciones en el CPA de Mar del Plata parece haber aumentado en cantidad y complejidad, desbordando la capacidad instalada para atenderla.

Las personas llegan al servicio con mayores complicaciones, lo que produce un perfil de atención más orientado a la urgencia.

Se podría establecer una relación entre la mayor cantidad de población con la que cuenta la ciudad de Mar del Plata, el aumento de la problemática de las adicciones, y la presencia de un solo servicio público y específico de atención a las mismas.

Según los entrevistados, los servicios de la institución tendrían la diversidad necesaria como para atender la problemática compleja; pero al mismo tiempo se puede observar que esto no coincide con la cantidad de recursos humanos disponibles para sostener la atención, provocando el desborde de los dispositivos, fundamentalmente de los grupos de admisión.

No se contaría con dispositivos terapéuticos adecuados a la nueva complejidad del problema, solamente se habrían producido modificaciones en los existentes. Esto daría cuenta de una preocupación de la gestión local por mejorar el nivel de retención de los pacientes. La falta de innovación de dispositivos terapéuticos dificulta la admisión de los pacientes con patología dual.

El servicio de prevención en comunidades tanto barriales como educativas sería insuficiente, en principio porque no existe relevamiento de las necesidades reales de la población; el recurso humano con formación específica desempeña otras actividades asociadas a la atención desde los dispositivos grupales de la institución, que le

imposibilitaría trabajar en este nivel. Dos operadoras concurren a los barrios o las escuelas, quienes no cuentan con capacitación específica adecuada ni con recursos materiales para desarrollar su tarea (cobertura de viáticos, materiales didácticos, movilidad, etc.).

Los cursos de capacitación a docentes lo llevan adelante los psicólogos de la institución, en algunas escuelas de la ciudad, ya que no es posible extender la actividad a gran parte de la comunidad educativa. La falta de material de difusión contribuiría al insuficiente conocimiento poblacional de la institución, fundamentalmente en los barrios periféricos. Pero, en términos generales, no se estarían llevando a cabo campañas masivas de prevención.

Se observa que el nivel preventivo en la comunidad no puede llevarse adelante con los citados recursos en forma eficiente, y que solo dependería y se sostendría por la voluntad de los operadores.

Se deduce que mas allá de que en el plan provincial se prevea como objetivo el nivel preventivo, en principio se desconocerían las necesidades reales de la población y, quizás mucho más importante, no existiría una planificación estratégica, ni los recursos necesarios para llevarlo adelante, ya que los mismos se volcarían a la atención de la demanda.

La estabilidad de los resultados del trabajo terapéutico se perdería en muchos casos por la falta de planificación en el nivel de la prevención terciaria, para lo cual sería necesario contar con una efectiva contención desde lo social, y en el marco del trabajo mancomunado con otras instituciones sociales y comunitarias. Esto podría responder a un criterio parcialmente adecuado por parte de las autoridades responsables de la elaboración del plan, que no habrían contemplado que el tratamiento en esta patología no culmina con el alta clínica, sino que es necesario un posterior apuntalamiento social del paciente, para que pueda lograr una reinserción social efectiva, que redundaría en una mayor efectividad del tratamiento y en un mejor uso de los recursos con que cuenta en la institución.

Lo expuesto hasta aquí por los entrevistados refleja la cotidianeidad del trabajo en la institución en su relación con el contexto en el cual desarrollan sus actividades, y como lo significan quienes forman parte de la institución.

Dificultades y logros, voluntades y esfuerzos de trabajadores y profesionales que en el día a día hacen frente a la dramática desplegada de una patología que aumenta en cantidad y complejidad, sumado a factores de orden social que dificultan la posibilidad de recuperación.

Para establecer un caracterización aproximada de la población que solicita atención en esta institución, se llevo a cabo un relevamiento de casos atendidos durante el año 2006, con el fin de determinar el perfil sociodemográfico de quienes demandan atención, como así también el perfil toxicológico de los mismos.

En el próximo capítulo se presenta el relevamiento de 400 historias clínicas que permitieron aproximar el referido perfil.

ANALISIS DEL PERFIL DEL PACIENTE DEL CPA MAR DEL PLATA

En el marco de la presente investigación se lleva adelante el relevamiento de 400 casos atendidos en el CPA de Mar del Plata durante el año 2006 con la intención de lograr un perfil aproximado sociodemográfico y toxicológico de los sujetos que demandan atención.

Se tomó en cuenta la codificación de variables que establece la institución en sus registros clínicos. (La gráfica de los resultados se halla en la sección Anexos)

Se ha podido arribar en principio a las siguientes conclusiones según los datos relevados

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LA POBLACION ESTUDIADA

GENERO

El 86 % de los casos atendidos corresponde al género masculino, dato que abre interrogantes y que plantea dos cuestiones por un lado puede inferirse que los varones consumen más que las mujeres, pero también podría interpretarse que son ellos los que mas concurren al servicio en búsqueda de atención por los que las mujeres aparecerían como población oculta

EDAD

-La edad promedio es de 25 años para los varones y 28 años para las mujeres que concurren a la institución, por lo que podría estimarse que las mujeres comienzan el consumo en una edad más tardía.

Se podría establecer que la edad promedio entre los dos géneros es de 26 años.

ESTADO CIVIL

-El estado civil corresponde en la mayoría de los casos a sujetos solteros, el 82,8 %, lo que podría relacionarse con la edad promedio de quienes concurren a la institución.

SITUACION LABORAL

-En cuanto a la situación laboral podría estimarse que se estaría en presencia de una cantidad similar de sujetos con trabajo el 43 % contra el 39% de desocupados, correspondiendo el 11% a trabajadores eventuales.

NIVEL DE ESTUDIOS

-El nivel de estudios estaría representado por sujetos de instrucción primaria completa representado por el 30,3 de la muestra, que determinaría un nivel cultural bajo de quienes concurren a la institución.

TIPO DE CONVIVENCIA

-El 61,5% de los casos vive con su familia de origen, podría esto relacionarse con la edad promedio de los sujetos que se asisten, y que en su mayoría son solteros, como también a una situación social y laboral precaria, o a una relación de dependencia con sus familias de origen.

ESTRUCTURA FAMILIAR

-Los datos sobre la estructura familiar revelarían que se estaría en presencia de sujetos contenidos por sus grupos familiares, es decir se presentaría un nivel familiar estructurado que acompañaría al sujeto, y ejercería determinado control sobre sus acciones.

VIVIENDA

En cuanto al nivel de vivienda donde habitan los sujetos que concurren a esta institución podría establecerse que en un 89%, viven en una vivienda fija con mecanismos de control social, esto podría relacionarse con la edad promedio de los sujetos, con la convivencia con sus familias de origen

PERFIL TOXICOLOGICO DE LA POBLACION ESTUDIADA

TIEMPO DE CONSUMO

Tomando en cuenta el inicio de edad de consumo y el momento de comienzo del tratamiento en la institución los años de consumo de sustancias podrían establecerse en 10 años.

CANTIDAD DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS

-El 54,3 % de los sujetos consumen mas de una sustancia, lo que evidenciaría que mas de la mitad de la población atendida por este servicio se presentaría como

policonsumidor, que estaría dando cuenta de la complejidad del fenómeno, sobre todo en el proceso de la cura.

EDAD DE INICIO DE CONSUMO

-El mayor porcentaje de inicio de consumo de sustancias se encontraría en la población de menores de 18 años, siendo la franja etárea entre 13 y 15 años la de mayor riesgo y de mayor vulnerabilidad ya que representan el 41,3 % de la muestra.

DROGA DE INICIO

-El promedio mas alto en la droga de inicio de consumo corresponde en un 60,3% a la marihuana, pudiendo relacionarse con la edad promedio de inicio, con lo que representa esta sustancia en el imaginario juvenil, con la posibilidad de un mayor acceso a la compra por el valor de la sustancia y su facilidad para obtenerla, con el aumento de la tolerancia social.

FRECUENCIA DE CONSUMO

-La frecuencia de consumo estaría representada en un 39,8 % en sujetos que consumen diariamente, y un 25,5 % que consumen tres veces por semana, lo que implica se estaría en presencia de sujetos en su mayoría dependientes de la sustancia, y que requieren tratamiento

DIAGNOSTICO PSQUIATRICO

-El promedio mas alto de sujetos, el 64,5%, que concurren a la institución no presentan trastornos psiquiátricos, pero es importante el número de sujetos con trastornos leves 9,5% y con trastornos que representan un 8,75% de la muestra, siendo esto llamativo ya que no es una institución que brinda atención psiquiatrica, lo que podría dar cuenta del numero importante de pacientes con patología dual.

A grandes rasgos se podría observar que el perfil epidemiológico de la población asistida en el CPA de Mar del Plata corresponde a:

Sujetos de ambos sexos, pero en su mayoría pertenecientes al género masculino, de edad promedio 25, con consumo diario de marihuana, con inicio de consumo en edad temprana, con 10 años de consumo, que convive con su grupo familiar de origen que posee características contenedoras, en una vivienda estable, con nivel educativo

deficitario en relación a su edad, siendo similar el promedio de sujetos insertos laboralmente y los sub./desocupados.

En base a este perfil se pueden establecer las siguientes consideraciones que surgen de los datos más relevantes.

Se presenta una significativa diferencia en el abuso de sustancias psicoactivas entre varones y mujeres. Por lo cual podría establecerse que las mujeres se drogan menos que los hombres. Lo cual no puede afirmarse porque estos datos forman parte de una población que concurre a la institución.

Siendo tan importante la desigualdad en el abuso es imprescindible establecer entonces alguna conjetura tentativa que contribuya a pensar esta diferencia. Y tomando como base el estudio realizado por un grupo de investigadoras españolas se podría señalar junto con ellas que "es probable que distintos elementos del contexto que forman la construcción de género "del ser mujer", influyan en la forma en que las mujeres usan drogas ilegales y no sean equivalentes los modos de iniciarse y continuar en el consumo de las diferentes sustancias, la posible susceptibilidad a los daños, el contexto social en el que consumen, las formas en las que acceden al tratamiento".(Romo, 2006)

Podría también deberse a una diferencia social entre los géneros, así como también a que la representación femenina del consumo es inferior a la de los varones y esta asociada a una imagen social de la mujer muy despectiva y rechazada socialmente. La mujer drogodependiente es estigmatizada y doblemente rechazada, a partir de la asociación a roles y estereotipos de género que ayudan a la construcción de la imagen de la mujer.

Estos elementos podrían estar contribuyendo a que se produzca una invisibilidad de las mujeres que consumen y abusan de sustancias psicoactivas, la cual podría considerarse entonces como población de riesgo.

Todas estas conjeturas e interrogantes sugieren la importancia de investigar esta diferencia.

En cuanto al promedio de edad de los sujetos que concurren a la institución se puede establecer que no existe una marcada diferencia con lo expresado en este punto en el Plan Provincial, del año 2003 en el cual la edad promedio de consumo es de 26 años. Si se relaciona este dato con el tiempo de consumo promedio que son diez años, se observa que la edad de inicio de consumo se produce entre los 13 y 15 años, siendo las drogas de inicio la marihuana y el alcohol. Puede establecerse entonces que la adolescencia se presenta como una edad de riesgo, sumado a la tolerancia social de estas drogas que se ha producido en los últimos años, que se agrega a la vulnerabilidad propia de la adolescencia, todos estos elementos asociados a otros



factores de orden social contribuirían al inicio del consumo de sustancias en este sector etéreo.

Se puede inferir que la menor edad de inicio tendría como consecuencia un peor pronóstico, en relación a la salud física y psicológica del sujeto adicto.

Es importante destacar que más de la mitad de los sujetos que concurren a la institución consumen más de una sustancia, es decir son policonsumidores, y que la frecuencia de consumo es diaria, o tres veces a la semana, en más de la mitad de los pacientes, y si se tiene en cuenta lo observado por los profesionales que el consumo se produce en forma más intensa y compulsiva, se estaría en presencia de un agravamiento del fenómeno y sus consecuencias.

En cuanto a la condición social cultural de quienes llegan en búsqueda de asistencia, se establece que pertenecen mayoritariamente a sectores con nivel cultural bajo, ya que en su mayoría solo cuentan con la escolaridad primaria, que supondría una escasa formación cultural si se tiene en cuenta el promedio de edad que presentan al momento de iniciar su tratamiento. Cuya implicancia podría relacionarse con una menor posibilidad de acceso al mercado laboral o a condiciones favorables de trabajo, y esto se puede observar en el promedio de sujetos ocupados que tienen prácticamente el mismo promedio que los sub y desocupados.

Otro elemento a tener en cuenta y que es fundamental en esta problemática es la estructura familiar en la cual se hallan inmersos estos sujetos. Se observa que más allá de las disfuncionalidades que pueden presentar como grupo familiar, quienes concurren a la institución son llevados o acompañados por algún integrante de la familia, en muchos casos los sujetos que demandan ayuda viven con su familia de origen en una vivienda fija, lo cual puede relacionarse con su situación económica, la falta de trabajo efectivo, el grado de dependencia que produce esta problemática, los escasos recursos tanto económicos, culturales y sociales con los que cuentan.

Por lo tanto se puede inferir que en promedio pertenecen a la clase media baja, la cual ha sufrido un deterioro importante a partir de la crisis económico-social vivida en los últimos años en el país, y específicamente en esta ciudad, que cuenta en la actualidad según la Encuesta Permanente de Hogares realizada por el INDEC³⁹ en el segundo trimestre del año con una desocupación del 10,3 % lo cual puede pensarse como un factor importante que podría contribuir al desarrollo de la problemática de las adicciones.

³⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censo

Uno de los factores que estiman los entrevistados que ha contribuido al aumento de la problemática de las adicciones en la actualidad es la mayor tolerancia al abuso de sustancias.

Podría pensarse entonces que esta tolerancia que comienza a establecerse en el siglo XXI reviste características particulares asistiendo a la presencia de una incorporación social del consumo, a una universalización del mismo, las drogas han pasado a formar parte del imaginario colectivo, en sus diferentes clases tanto legales como ilegales, tienen valor de uso y de cambio, pertenecen como el resto de los objetos a una sociedad que ha resuelto clausurar la falta, el malestar imperante, por intermedio del consumo. En muchos casos las drogas como otros objetos producen identificación, formas de incorporación en lo social, se está incluido o excluido a partir también de las diferentes formas de consumo.

Otros factores que puede estimarse que han colaborado al crecimiento del fenómeno pueden deberse a la precarización social sufrida en los últimos años, que ha provocado una desarticulación de las familias, un deterioro del nivel cultural de la población de bajos y medios recursos, produciendo la imposibilidad en muchos casos de proyección económica y de progreso personal y social de amplios sectores de la población.

Pero este fenómeno cruza todos los sectores sociales, el perfil aquí referido corresponde a la población que demanda ayuda en esta institución.

Por lo tanto quedan fuera de esta caracterización quienes necesitan ayuda pero no concurren a las instituciones. En este sentido se denomina población vulnerable a los grupos de alto riesgo, que están bien delimitados, e identificados, que cuentan con escasa resiliencia. Y por otro lado están aquellos grupos de baja visibilidad denominada población oculta, formados por personas que tienen una vida desventajosa, a saber la población carcelaria, niños de la calle, pacientes con VIH, prostitutas, víctimas de la violencia familiar, inmigrantes.

Dada esta situación, y en base a la referencias hechas por los profesionales y técnicos de la institución surgen varios interrogantes en principio porque no se llega a estas poblaciones, y a su vez que pasaría si concurrieran a los servicios tal cual están planteados en el momento, ya que se ha hecho referencia en las entrevistas que los servicios que brinda la institución se hayan superados por la demanda.

Es indudable que si estas poblaciones demandaran ayuda no se podría dar respuesta ya que no se cuenta con los servicios necesarios. Un solo centro ubicado en la zona céntrica, con un grupo pequeño de profesionales, y con escasos recursos no puede brindar una atención acorde a la demanda y necesidades, que plantea esta problemática.

CONCLUSION

El propósito de la presente investigación ha sido caracterizar la figura del Centro Provincial de Atención a las Adicciones de la ciudad de Mar del Plata, su estructura y funcionamiento, como parte integrante de la red sanitaria provincial establecida con la finalidad de prevenir y atender el fenómeno del abuso de sustancias psicoactivas en el territorio bonaerense.

La observación de la institución en el trabajo cotidiano y la implementación de diferentes recursos de investigación, permitieron arribar a determinadas conclusiones así como también posibilitaron el surgimiento de nuevos interrogantes, que no fueron planteados en el inicio de la investigación, ampliando de esta manera la perspectiva del análisis.

Las adicciones han ingresado en las últimas décadas al campo de la salud pública por su carácter masivo y por significar un factor de riesgo para la salud de la población.

El aumento y la magnitud de la problemática del abuso de sustancias psicoactivas hizo necesario que se intentaran respuestas sanitarias para enfrentar dicho fenómeno.

Se establecieron políticas públicas en la provincia de Buenos Aires durante los inicios de la década del noventa, con el fin de organizar servicios específicos de atención y prevención de las adicciones, cuyo modelo estaba planteado como una red de atención sanitaria que contaba con determinada cantidad de servicios en gran parte de los distritos del territorio bonaerense, financiados con fondos provinciales y cuya intención era brindar servicios sanitarios que cubrieran la necesidad y la demanda de atención de las adicciones de la población de la provincia.

Esta red instalada durante este periodo se mantiene hasta la actualidad, básicamente con la misma estructura, pero con modificaciones y pérdidas que responderían a la falta de sostenimiento de políticas públicas en materia de salud. Este fenómeno se debería - tal como se desprende del análisis realizado en el capítulo 4 -a los sucesivos cambios de gestión, y a la crisis económico-social vivida en el país a fines de la década del noventa, que produjo un recorte presupuestario en todos los estamentos de la administración pública nacional y provincial.

Las modificaciones producidas supusieron fundamentalmente un abandono del nivel preventivo en materia de adicciones, falta de crecimiento de los servicios, reducción del presupuesto, precarización de las condiciones de trabajo de los técnicos y profesionales de la red, a partir de las nuevas formas de contratación implementadas por la administración pública (becas y pasantías) que significaron la pérdida de las conquistas laborales.

A partir del año 2002 se intenta revitalizar los servicios pasando esta estructura al ámbito del Ministerio de Salud de la provincia y se confecciona un plan estratégico a fin de lograr un mejoramiento de los servicios de atención y de prevención. Esta estrategia obedeció a la observación del crecimiento en magnitud y complejidad del fenómeno de las adicciones, que estaría dando cuenta de un intento de modificar las acciones llevadas adelante para prevenir dicho fenómeno.⁴⁰

La Secretaría de Prevención y Atención de las Adicciones entonces ingresa al ámbito del ministerio público pero ahora bajo el nombre de Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Esta modificación no es sólo un cambio de denominación, ya que pone el acento en el nivel de la atención, más que en la prevención, debido al aumento de la demanda y a la necesidad de atender la urgencia.

La elaboración y puesta en práctica del Plan Provincial de Atención a las Adicciones 2003-2007, permitió contar con un instrumento de acción para la intervención. Ahora bien, el plan no cuenta con un análisis preciso de los factores que contribuyen al aumento del abuso de sustancias, y la consecuencia concreta se plasmaría en la imposibilidad de llevar adelante acciones a nivel preventivo.

Los programas preventivos planteados en el plan son escasos, teniendo en cuenta la magnitud de la problemática y la heterogeneidad de la población de la provincia. La falta de profundidad en el análisis del fenómeno en los diferentes grupos sociales, está relacionada con la escasa información estadística al respecto.

Tampoco se presenta en el plan una perspectiva de promoción de la salud, que es el primer nivel de la prevención, ni se plantean intervenciones en el nivel terciario, tendientes a las posibilidades de reinserción de los pacientes una vez que han logrado la rehabilitación.

⁴⁰ La Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008 fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Para el trabajo se encuestó a habitantes de localidades de 5.000 y más pobladores de todo el país. La encuesta midió sustancias (bebidas alcohólicas, tranquilizantes, estimulantes, marihuana y cocaína): en todas ellas la Ciudad de Buenos Aires encabezó el ranking de consumo. El 92,9 por ciento de los habitantes de la Ciudad declaró haber tomado alguna vez alcohol; el 7,8 dijo haber ingerido tranquilizantes y el 2,4, estimulantes. El 19,6 por ciento contestó que alguna vez había fumado marihuana y el 4,8 tomado cocaína. La región Gran Buenos Aires (la Ciudad más los 24 partidos del conurbano) es en la que se detectaron los mayores índices de consumo de estimulantes (1,1 por ciento de la gente contestó haber consumido), marihuana (9,8 por ciento) y cocaína (3 por ciento). En el resto del país los porcentajes generales son los siguientes 88,5% es el porcentaje más alto de consumo de estas sustancias: corresponde al alcohol, prevalencia en hombres de entre 16 a 65 años en Cuyo, 72,1% de las mujeres ha probado alguna vez alcohol en el GBA. El Noreste es la región con menor consumo, con el 56,7%. 68,7% es la prevalencia del tabaco en Tierra del Fuego; la sigue Santa Cruz, con el 65,7%. La de menor consumo es Formosa: 30,1%. 24,5% de los varones en Capital probaron al menos una vez marihuana. Las mujeres, 15,6%. La siguen Tierra del Fuego (11,8% y 17,3%) 4,8% consumió cocaína en la Ciudad de Buenos Aires, duplicando al promedio del país (2%). La sigue Neuquén, con el 2,6%. 4,2% de las mujeres tomó sin receta tranquilizantes (9,5% en Capital). Única droga en la que superan a los hombres (3%). 3,4% de los hombres usó estimulantes en Capital. Salvando la provincia de Buenos Aires y Tucumán, en todo el país no pasa del 1%. 3,4% de los hombres usó estimulantes en Capital. Salvando la provincia de Buenos Aires y Tucumán, en todo el país no pasa del 1%.

Es importante remarcar que el plan plantea la intervención en tres niveles -es decir preventivo, asistencial y normativo- y con objetivos específicos para cada uno; pero hace foco en el nivel asistencial, lo cual se observa en el desarrollo, sostenimiento y funcionamiento real de los Centros Provinciales de Atención (CPA). Ello podría deberse a que los sujetos demandan atención luego de varios años y a que, en ese momento crítico, se debe actuar más desde un nivel curativo; lo más frecuente es que no concurren a los servicios hasta que no esté planteada la disfuncionalidad en distintos órdenes de sus vidas.

La falta de prevención del abuso de sustancias traería como consecuencia el aumento de la población con necesidades de atención y un mayor deterioro en los sujetos que sufren esta patología, teniendo en cuenta que la demanda se produce tardíamente.

El desarrollo de políticas orientadas a la prevención sería uno de los elementos contribuyentes a un mayor conocimiento por parte de la población, de los riesgos y consecuencias del abuso de sustancias; y seguramente aumentaría la posibilidad de reducir el consumo en la población si se protegieran los factores sociales contribuyentes al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

El escaso sostenimiento de políticas públicas en materia de prevención primaria durante las últimas décadas ha contribuido al aumento del problema de las adicciones, produciendo la necesidad de atención hasta llegar a niveles de urgencia.

A mayor deterioro de los pacientes -por el tiempo transcurrido de consumo-, mayores posibilidades de que se produzcan problemas y patologías asociadas -inclusive una discapacidad muchas veces de tipo permanente-; lo que, en términos sanitarios, requiere mayores partidas de recursos económicos, materiales y humanos.

En este sentido, en el Plan Provincial no se hace referencia a la forma de financiamiento de la red sanitaria y de los componentes específicos, es decir cuáles son los recursos con los que se contará durante los cuatro años en los que se llevará adelante el plan. La falta de explicitación de los recursos deja librada la administración a los vaivenes de la coyuntura político-económica, y sometido el desarrollo de los servicios al curso de los acontecimientos.

Por otro lado, no se especifica en el plan el nivel técnico necesario para integrar los equipos de trabajo. Ello deja abierta la posibilidad de que cada directivo utilice criterios diferentes para conformarlos; por lo tanto, al no establecerse estos criterios, la formación de los grupos queda liberada a contingencias.

A esto debe sumarse la falta de propuesta de evaluación de las actividades y del personal directivo, profesional y técnico. La ausencia de evaluaciones tiene como consecuencia fundamental la imposibilidad de rectificar el curso de las acciones,

contribuye a la dilución de las responsabilidades, y propicia el deterioro de los servicios.

El desarrollo de la investigación permitió la observación de la puesta en práctica de los objetivos delineados en este plan Provincial, en el CPA local perteneciente a la estructura de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, así como también posibilitó examinar la articulación de dicho plan a nivel institucional.

El CPA de Mar del Plata comenzó a prestar servicios en el año 1998. Desde ese año hasta la actualidad varias han sido las gestiones que se han sucedido en la administración provincial. El CPA de Mar del Plata mantiene la misma estructura que el resto de los centros de la red, y cuenta con una dotación de personal de 24 trabajadores entre los que se cuentan directivos, profesionales, técnicos, trabajadores administrativos y de maestranza.

Lleva adelante tareas de atención, rehabilitación y prevención de las adicciones en el ámbito educativo, laboral y comunitario.

A pesar de ser Mar del Plata una ciudad que cuenta con una población estimada de 600.000 habitantes, formada por 190 barrios -muchos de los cuales presentan una marcada vulnerabilidad social-, solo se cuenta con un Centro Provincial.

Teniendo en cuenta estos datos y la magnitud del fenómeno de las adicciones resulta llamativa la presencia de un solo servicio en la ciudad. Este hecho plantea el interrogante sobre cuál es el criterio utilizado por la Subsecretaría a la hora de implementar los servicios con los que debe contar una ciudad, ya que no es sólo una cuestión de razón servicios/población, sino que ello se refleja en la práctica misma ya que son los mismos profesionales los que plantean la imposibilidad de hacer frente a la demanda con un solo servicio y con un plantel profesional escaso.

Esto plantea un sobreesfuerzo por parte del equipo para dar respuesta a las necesidades de atención, que se ven superados mas allá de lo previsto, una pérdida de las especificidades profesionales, sumado a la precarización laboral a la cual también han sido sometidos los trabajadores de la salud de la provincia de Buenos Aires durante los últimos años.

Todos estos factores habrían contribuido al recambio de personal, ya que se verifica el ingreso de muchos de ellos luego del año 2003. Del mismo modo, la renuncia de varios profesionales durante el transcurso del último año también es atribuible a la situación citada. Es de suma importancia el sostenimiento y continuidad de los trabajadores en sus puestos, ya que esto permite el aprovechamiento de la experiencia acumulada en el transcurso del ejercicio profesional dentro de la institución para bien de la misma y de quienes son atendidos en los servicios.



Es una realidad que esta continuidad laboral se ha visto sometida a los avatares de las políticas llevadas adelante por las distintas administraciones. Lo que estaría demostrando la inestabilidad a la que se hayan sometidos quienes forman parte de esta red. Los recortes económicos planteados en la administración pública durante los noventa produjeron una retracción de los servicios.

El resultado de la ausencia de planificación estratégica por parte de las diferentes gestiones no ha permitido el sostenimiento continuado de servicios acordes con las necesidades.

Otro factor a tener en cuenta es la selección e incorporación del personal, para la cual la gestión local no requiere una formación específica en el área de las adicciones. Según lo observado, esto originaría mayor sobrecarga para quienes deben formar a los nuevos integrantes, y un menor aprovechamiento de los recursos ya que los mismos deberán ser formados en la práctica.

Esta situación podría ser la consecuencia de que en el Plan Provincial no se explicita un perfil de formación profesional, ni criterios de selección para la incorporación de los profesionales a la red, ni las competencias profesionales requeridas para acceder a los puestos.

Surge entonces el interrogante sobre el por qué es excluyente la formación, cuando la misma posibilitaría una mejor utilización de los recursos y una mayor calidad en las prestaciones; la respuesta lleva a nuevos interrogantes, pensando que podría responder a errores en la gestión local o que hay pocos profesionales con formación específica en el área de las adicciones. Lo cual reduciría la posibilidad de que los cargos sean ocupados por personal insuficientemente calificado.

Se ha podido observar que en muchas circunstancias, y para hacer frente a una mayor demanda, se produce la alteración de los ritmos de trabajo, ya que la atención de la demanda es llevada adelante por profesionales de diferentes disciplinas. Esto tiene como consecuencia la pérdida de reconocimiento de la especificidad profesional, la desvalorización del puesto de trabajo ("cualquiera lo puede hacer"), y la indiferenciación de los espacios profesionales, lo que provoca frustración, desgaste profesional, inconvenientes para llevar adelante la gestión y sobrecarga psíquica, ya que deben hacerse cargo de tareas para los cuales no están preparados. Esta conjugación de situaciones produce las condiciones para la emergencia de riesgos de contraer stress laboral o síndrome de burn-out.

En relación a los dispositivos planteados para llevar adelante el tratamiento ambulatorio se ha ido buscando la forma de hacer modificaciones en los mismos ya que no se produce retención de los pacientes en las distintas fases del tratamiento; esta es una preocupación manifiesta de todos los profesionales de la institución. El

ingreso de personas a los tratamientos no se corresponde con los egresos, ya que se produce aproximadamente el 70% de abandono en las diferentes fases. Haciendo una distinción entre la fase de admisión -en la cual el paciente todavía no ha logrado una adherencia al tratamiento-, en muchos casos el abandono en las fases posteriores supone que el paciente ya tiene un recorrido en la institución. Los profesionales han manifestado que la falta de retención podría deberse a que no cuentan con dispositivos individuales que apuntalen el trabajo grupal y el exceso de pacientes en las primeras fases, lo que supone que los grupos estén desbordados en muchos casos. Esto supone dificultades en el desarrollo de la dinámica grupal así como también el esfuerzo del profesional para llevar adelante su tarea.

En el último año los grupos son atendidos por psicólogos exclusivamente, ya que antes también lo hacían los operadores terapéuticos, y a su vez se implementó la coordinación grupal entre un psicólogo y un operador socio terapéutico que redundó en la opinión de los profesionales de una mejor retención.

Esto muestra la preocupación constante de la gestión local y del equipo en su conjunto por lograr una mejor atención de los pacientes, lo que habla del compromiso profesional de quienes integran el CPA local.

Ahora bien, el interrogante que surge es si estas dificultades para lograr la retención en el desarrollo del tratamiento también son una preocupación de la gestión central, es decir, de las autoridades de la Subsecretaría. Si fuera así, llama la atención que no se produzcan evaluaciones efectivas por parte de las autoridades que implique un seguimiento de las acciones del CPA local. Parecería que la preocupación manifiesta se relaciona más con la "cantidad" de personas atendidas.

Sería importante entonces pensar en replantear la forma de abordaje terapéutico, que sigue siendo la misma a pesar de que se está frente a una problemática que ha sufrido cambios en los últimos años -y no sólo a nivel individual sino también en lo colectivo- y al cual deben sumarse los factores asociados tanto sociales como culturales. Es necesario entonces pensar si los dispositivos son suficientes, si sólo la atención terapéutica alcanza y sino habría que instrumentar nuevas formas de abordaje.

La Subsecretaría cuenta con un Observatorio de Uso de Sustancias Adictivas, esto es muy importante ya que a partir de los datos estadísticos se puede observar la dimensión y modificación epidemiológica del fenómeno en los diferentes grupos sociales y étnicos. Pero también sería importante que se tradujera en decisiones e intervenciones. Porque de poco sirve tener estadísticas si no se produce una planificación sanitaria que posibilite una mejor atención, y fundamentalmente la

instrumentación de medidas preventivas para reducir tanto el problema como los riesgos asociados.

No hay un dispositivo planteado para el seguimiento institucional de los pacientes cuando éstos abandonan el tratamiento. Esto depende del tiempo, la voluntad del profesional y su preocupación clínica, y no tanto de decisiones o políticas por parte de la gestión local central.

Esta falta de seguimiento implica en principio que se pierda en muchos casos la evolución positiva que puede haber logrado un paciente, una pérdida de los recursos y del tiempo invertido en la recuperación, que tiene como efecto secundario una pérdida del gasto público invertido.

.Es importante hacer un uso racional de los servicios públicos, y ello es responsabilidad de quienes tienen a cargo la gestión, no puede depender exclusivamente de la voluntad de los profesionales de la institución.

A partir de la información recabada en esta investigación se ha podido observar que las personas que deben tener un tratamiento de desintoxicación quedan, en muchas ocasiones, en lista de espera. La Subsecretaría cuenta con un solo servicio uno para varones y otro para mujeres (Hospital Mercante, Hospital Evita) con 16 camas, para internación, debiendo hacerse entonces responsable la institución local a través de un tratamiento de internación domiciliaria. Entonces, si en el Plan Provincial se plantea que el fenómeno del abuso de sustancias ha crecido en magnitud y complejidad, es contradictorio que la provincia con mayor densidad poblacional del país, cuente con tan escasos servicios para los casos agudos.

Es similar la situación para los pacientes con comorbilidad, es decir aquéllos con trastornos psiquiátricos que han incorporado el consumo como dependencia aguda, en este caso sólo se cuenta con cuarenta camas en la Colonia Cabred. Asimismo hay que tener en cuenta que estos pacientes en la mayoría de los casos no pueden incorporarse a los grupos terapéuticos en funcionamiento, ya que es necesario un dispositivo especial que los contenga, que en estos momentos no existe. Esta ha sido una preocupación manifiesta de los profesionales del CPA local, consideran que ha habido un aumento de pacientes con patología dual en los últimos años los cuales no pueden ser incorporados al tratamiento en la institución, y tampoco tienen la posibilidad de derivarlos, debiendo en muchos casos recurrir a instituciones privadas. Después de quince años de existencia de la red, y de una mayor gravedad en la problemática de las adicciones, no se han ampliado los servicios, para casos graves o comórbidos. No se ha desarrollado una estructura adecuada para llevar adelante la atención de pacientes con patologías psiquiátricas asociadas al consumo de sustancias

El CPA de Mar del Plata cuenta con servicio de atención psiquiátrica y clínica y entrega de medicamentos para pacientes que están en tratamiento en la institución, así como también con asesoría legal, para pacientes y público en general, ya que las adicciones revisten consecuencias asociadas – tratamiento medicamentoso, patologías asociadas, aspectos sociales como pérdida de trabajo, ruptura de lazos familiares, alienación, estigmatización y discriminación, etc. - que suponen una intervención que supera el marco de la clínica.

A pesar de las implicancias sociales que reviste esta problemática se ha podido observar que la institución no ha contado, según lo expresado en las entrevistas, con personal en el área de servicios sociales que lleven adelante el seguimiento y relevamiento social de los pacientes⁴¹. Cabe preguntarse entonces por qué tiene tan escasa relevancia esta área, esencial para el desarrollo de todo servicio sanitario.

Una de las razones, en base a lo observado, por las cuales no se produce un buen funcionamiento del área social es la utilización de todos los recursos humanos disponibles -independiente de su formación- para atender la demanda que supera la capacidad de atención que tiene el centro local, en el marco de los tratamientos y las urgencias.

A partir de lo observado y de las opiniones surgidas de las entrevistas realizadas a una parte del equipo que conforma la institución se puede establecer que

- la mayoría coincide en que los recursos tanto económicos, como humanos con los que cuenta la institución no alcanzan para cubrir en forma efectiva la demanda y los servicios que se prestan;

- se advierte malestar en relación a las condiciones generales de trabajo, en lo referente al aspecto salarial, así como también al desarrollo de la carrera profesional;

- la falta de profesionales en las distintas áreas ocasionaría una sobre exigencia laboral, la indiscriminación e inespecificidad de los puestos de trabajo, producto del escaso personal y de la cobertura de actividades por profesionales de distintas áreas;

- una imposibilidad de hacer frente en forma adecuada a la demanda.

En lo manifestado por los entrevistados se advierte una contradicción ya que también han sugerido que la atención que presta la institución es muy buena.

Surge el interrogante entonces sobre como se podría brindar una buena atención si las falencias planteadas son tan importantes, mas allá de la buena voluntad de los técnicos y profesionales para llevar adelante la tarea.

Lo dicho podría atribuirse a que ante las dificultades citadas los trabajadores y profesionales prefieren mantener una mirada positiva de su propia práctica, a manera

⁴¹ En el último año ingresó una becaria como trabajadora social que posteriormente renunció.

de una defensa colectiva para hacer frente al deterioro de las condiciones de trabajo e institucionales, a las cuales se enfrentan día a día. (Dejours, 2006)

Es importante destacar que se observa también en los entrevistados una depreciación de las instituciones públicas, por ser entidades pertenecientes al estado. Esto estaría reflejando el inconveniente de quienes integran la institución de visualizar quienes son los responsables de las dificultades y deterioro en la que se ven sumidas las entidades públicas. Lo dicho parecería responder más a un descreimiento en las instituciones del estado, y a un discurso que se ha incorporado al imaginario colectivo a partir de la década del ochenta. Por lo tanto son atribuibles estos conceptos vertidos mayormente a una repetición de lo establecido discursivamente, más que al análisis profundo de lo que sucede en las instituciones públicas.

La red sanitaria establecida para dar respuesta a esta problemática, según lo manifestado en las entrevistas no funcionaría en la realidad tal cual se plantea en el Plan Provincial:

- No se produce un seguimiento efectivo de los centros por parte de la Sede Central;
- No existen evaluaciones manifiestas de los servicios ni del trabajo realizado, lo cual desvaloriza la tarea profesional;
- No se produce una comunicación fluida entre los diferentes niveles de la estructura;
- No se realizan un trabajo estadístico sobre los efectos de las acciones producidas.

La percepción de quienes trabajan en esta institución es que se está frente a un modelo de gestión vertical, no es transversal, tal cual se plantea en el trabajo en red, ya que la comunicación lleva siempre una misma dirección, de arriba hacia abajo, a lo cual debe sumarse la ausencia de coordinación a nivel regional y con otras instituciones.

Se ha hecho manifiesta la preocupación de los profesionales y operadores por:

- la ausencia de supervisión del trabajo terapéutico tanto individual como grupal;
- por la escasa capacitación y perfeccionamiento que se les brinda;
- la falta de contención salugénica para quienes integran el equipo teniendo en cuenta que se esta frente a una problemática compleja y de riesgo.

Según lo expresado por ellos instrumentan sus propios recursos para hacer frente a estas falencias institucionales, las cuales son sentidas como desprotección y abandono por parte de quienes tienen a su cargo esta responsabilidad. Se pone de manifiesto entonces una escasa preocupación por parte de las autoridades tanto del trabajo profesional, de la calidad de las prestaciones, así como también del cuidado de los recursos humanos.

Estas percepciones son el producto de la subjetividad y de las vivencias de un equipo de trabajo en el cual se puede observar compromiso y voluntad para llevar adelante la

tarea diaria, a pesar de las condiciones institucionales desfavorables, y de las condiciones laborales precarias a las cuales se han sometido en los últimos años

La red sanitaria planteada para atender la problemática de las adicciones en la provincia de Buenos Aires puede pensarse como una medida pública y sanitaria de gran importancia que posibilita brindar asistencia a aquellas personas que requieren un tratamiento y rehabilitación por abuso de sustancias. Pero se manifiesta la ausencia de crecimiento y desarrollo sostenido de los servicios a pesar de la amplitud que presenta la problemática en la provincia lo cual no posibilita una atención acorde con las necesidades actuales.

A ello debe sumarse la escasa evolución de las acciones implementadas a nivel preventivo, porque más allá de que programáticamente se exprese la voluntad de llevarlo adelante, en la práctica se observan limitadas, lo que en cierta forma habría contribuido al aumento de la problemática y de los riesgos asociadas en los diferentes estratos de la población.

Por todos los motivos citados y otros que seguramente escapan al marco de esta investigación puede pensarse que se ha producido una invisibilidad del CPA local ya que no se verifica una presencia importante del servicio en la comunidad. A pesar de haberse producido un aumento de la demanda no se ha llevado a cabo la ampliación del servicio, tampoco la descentralización hacia servicios periféricos porque no se cuenta con el personal suficiente, y las acciones preventivas son pocas teniendo en cuenta la relevancia sanitaria que ha alcanzado este fenómeno.

Para concluir puede establecerse que el plan elaborado en el año 2003 no ha contribuido en forma sustancial al desarrollo de la institución local. Habría que considerar que el mismo tiene falencias que han sido explicitadas anteriormente que repercuten en los servicios y en las intervenciones locales.

Los servicios instalados salvo algunas modificaciones son los mismos desde hace varios años, se observa el deterioro en algunos niveles fundamentalmente preventivo, la falta de personal, los escasos recursos económicos. También se manifiesta en la precarización laboral de los trabajadores y profesionales de la institución.

Lo manifestado puede atribuirse en parte a las políticas públicas implementadas por las diferentes administraciones que han producido recortes presupuestarios, y a las dificultades e imposibilidades de las diferentes gestiones para poner en marcha planes y programas efectivos.

Es necesario plantear que mas allá de las falencias, ausencias y disfuncionalidades planteadas, la institución CPA de Mar del Plata así como la red de Atención a las Adicciones en su conjunto representan en el momento actual un espacio sanitario y

público donde pueden recurrir quienes necesitan ayuda y contención para la problemática del abuso de sustancias en la provincia de Buenos Aires, es por ello que se considera de suma importancia tender a un mejor desarrollo y una mayor efectividad de los servicios.

Se parte entonces en esta investigación del reconocimiento y valoración de esta institución, y es intención de la misma acercar observaciones y reflexiones que puedan aportar al sostenimiento y mejora de los servicios.

ANEXOS

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A DIRECTORA CPA MAR DEL PLATA

• PERFIL Y/O TRAYECTORIA PERSONAL

- Perfil de formación profesional
- En que momento se incorporó a la institución.
- ¿Cuáles son sus funciones?
- En que año comienza a funcionar el CPA Mar del Plata.

- ¿Los servicios ofrecidos eran los mismos que en la actualidad?

• SOBRE EL PROGRAMA Y SU IMPLEMENTACION LOCAL

Que acciones se llevan adelante en este CPA para implementar el programa.

- Con que tipo de coordinación cuentan en la red
- Que seguimiento tienen por parte de las coordinadoras distrital y de zona

• DISPOSITIVO INSTITUCIONAL Y RECURSOS

- ¿Infraestructura con la que cuenta la institución. La considera suficiente?
- ¿La vivienda es de la provincia?
- ¿Con qué recursos administrativos cuenta? ¿Los considera suficientes?
- ¿Los grupos GABA, dónde funcionan, cuando, quien los atiende? ¿ y los grupos de Voluntarios?

• SERVICIOS, ACTIVIDADES Y LINEAS DE INTERVENCION

- Descripción del servicio de CPA Mar del Plata. ¿Qué particularidades tiene la atención aquí? ¿Cuáles son las problemáticas que considera más frecuentes?
- ¿Cuenta con servicios sociales? ¿cuáles son?
- ¿Cuál es el criterio de admisión?
- ¿Cuál es el perfil del usuario de este CPA? ¿Cómo lo evalúa? ¿Qué permanencia promedio tiene en la institución? ¿Cuenta con registros de egresos y abandonos del mismo?
- ¿Cuál es el criterio que se utiliza para internar? ¿Dónde se lo interna?
- ¿Qué tipo de evaluación se lleva a cabo para determinar el alta? ¿Quién la hace?
- ¿Qué campañas de prevención se han llevado adelante en el último año, cuáles son las acciones que este CPA lleva a cabo para implementarlas?
- Programas de prevención en escuelas, ¿quién los lleva a cabo, en qué escuelas se firman convenios?
- ¿En qué medida se llevan adelante los programas de prevención con poblaciones objetivo? ¿Dónde? ¿Cómo?
- ¿Se han puesto en funcionamiento en Mar del Plata los CPE, CPI, los programas en el ámbito laboral?

-¿Se ha producido la expansión del CPA hacia unidades periféricas? ¿Mediante qué acciones?

_ ¿Cómo evalúa Usted al servicio prestado?

• ***SOBRE LA DOTACION DE RECURSOS HUMANOS***

-¿Con cuántos profesionales cuenta la institución? ¿Desde cuándo? ¿Se han incorporado profesionales últimamente?

-¿Utiliza criterios determinados al momento de seleccionar profesionales para la institución? ¿Cuáles son?

-¿Con qué tipo de capacitación interna cuentan los profesionales? ¿Con qué frecuencia? ¿Alcanza a todo el equipo?

-¿Los profesionales cuentan con alguna instancia de contención salugénica?

• ***SOBRE LA DINAMICA DE TRABAJO***

-¿Se supervisan los casos?

-¿Con qué frecuencia se reúne el equipo de la institución?

-¿Se evalúan las acciones implementadas?

• ***SOBRE LA POBLACION ATENDIDA***

-Estimativamente ¿cuál es la población atendida, mensual y anualmente, y si considera que ha aumentado la demanda espontánea, o bien la derivación; desde cuándo?

-¿Qué características generales tiene hoy en día la demanda atendida? ¿Ha observado cambios con respecto al tipo de consumo, edad, contexto social, económico? ¿Qué considera que se ha modificado y desde cuándo?

-¿Hay mayor deterioro en los pacientes que llegan al servicio?

-¿La demanda es espontánea, los trae la familia, los deriva la justicia; quizás otra institución?

-¿Han estimado la prevalencia poblacional de estas problemáticas en Mar del Plata?

-¿Cuáles son los mecanismos de acción que llevan adelante para llegar a un mayor número de posibles usuarios?

• ***VISIBILIDAD Y PROBLEMAS***

-¿Considera que la atención de necesidades es suficiente? ¿Insuficiente? ¿Por qué?

-¿La acción del CPA llega a la población con mayor vulnerabilidad social?

-¿Existen otras alternativas terapéuticas para intervenir en todos los niveles de atención en poblaciones de riesgo o vulnerables sociales?



PROTOCOLO DE ENTREVISTA A

DIRECTORA DISTRITAL CPA MAR DEL PLATA

• FORMACION Y/O TRAYECTORIA PERSONAL

- Perfil de formación profesional
- Desde qué año ocupa el cargo
- Su función como directora distrital

• DISPOSITIVO INSTITUCIONAL Y RECURSOS (historia)

Funcionamiento y características de los CPA antes del 2002, año de la reforma en el estado provincial que determina el traspaso de la SPADLA (Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones) al Ministerio de Salud de la provincia.

Modificaciones en los servicios a partir de dicha reforma a nivel local y provincial

• PROGRAMA /IMPLEMENTACION LOCAL

- ¿Cómo se implementa el programa a nivel distrital?
- ¿Cómo se coordina a nivel de la red, sus funciones en este sentido?
- ¿Cual es el seguimiento que efectúa a nivel distrital?
- Estrategias y alcance comunitario de los programas provinciales. Su evaluación

• SERVICIOS

Relación del CPA local con la red provincial y otras instituciones efectoras del distrito.
Actividades y proyectos conjuntos.

Trabajo preventivo a nivel comunitario. Campañas

Comunicación con el municipio.

Existen registros a nivel distrital de consultas efectuadas en el año

• ARTICULACION INSTITUCIONAL

- ¿Cómo se produce la articulación con los CPA del distrito?
- ¿Cuál es la relación a nivel del distrito con otros efectores del área de salud pública, o privada, municipales, ONG?
- ¿Se trabaja en articulación con otras instituciones?

• DINAMICA DE TRABAJO

- ¿Se reúne con el equipo de la institución, con qué frecuencia?
- Recorrido del distrito, control, evaluación

• POBLACION ATENDIDA

- Características generales de los casos atendidos en el distrito
- Cambios observados con respecto al tipo de consumo, edad, contexto social y económico, qué se ha modificado, ¿desde cuándo?

-¿Observa mayor deterioro de los pacientes, tanto físico como psíquico? ¿ A qué lo atribuye?

• **VISIBILIDAD Y PROBLEMAS**

-¿Considera que la atención de necesidades es suficiente, insuficiente, porqué?

-¿La acción de los CPA llega a las poblaciones más vulnerables?

-Acciones llevadas adelante para llegar a las poblaciones en riesgo, o más vulnerables.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA PROFESIONALES Y OPERADORES DE CPA MAR DEL PLATA

• FORMACION Y/O TRAYECTORIA PROFESIONAL

- Perfil de formación profesional
- Momento de incorporación a la institución
- Funciones (específicas para cada disciplina)

• SERVICIOS Y ACTIVIDADES LINEAS DE INTERVENCION

- Criterios diagnósticos para esa fase
- Modo de funcionamiento y objetivos de su fase
- Perfil del paciente de su fase. Cambios en los últimos años
- Porcentaje de abandono, permanencia y reingreso de pacientes en su fase
- Evaluación sobre la atención, contención, retención, y efectividad de su fase

• PROGRAMA /IMPLEMENTACION

- Conoce el programa provincial
- Considera que existe coordinación en la red
- ¿Tiene evaluaciones por parte de las autoridades distritales, son adecuadas?

• DISPOSITIVO INSTITUCIONAL Y RECURSOS

- ¿Considera que los recursos que le facilita la institución para desarrollar su trabajo son adecuados?

• DOTACION DE RECURSOS HUMANOS

- Instancia de capacitación, supervisión, y contención, cuando, cómo se realizan y si la considera suficiente

• DINAMICA DE TRABAJO

- Supervisión de casos, y de grupos, su frecuencia, y seguimiento, quién la efectúa
- Evaluación de las acciones implementadas, cuándo, cómo, quién las efectúa

• POBLACION ATENDIDA

- Características generales de los casos atendidos
- Cambios observados con respecto al tipo de consumo, edad, contexto social, económico, ¿qué se modificó, desde cuándo?
- ¿Observa mayor deterioro en los pacientes, físico/psíquico? ¿A qué lo atribuye?

• VISIBILIDAD Y PROBLEMAS

- ¿Considera que la atención de necesidades es suficiente o insuficiente? ¿porqué?
- ¿Considera que el CPA llega a las poblaciones vulnerables?
- ¿qué alternativas terapéuticas considera que pueden implementarse para atender a poblaciones en riesgo o vulnerables?

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A PSIQUIATRA DE CPA MAR DEL PLATA

• FORMACION Y TRAYECTORIA PROFESIONAL

- Perfil de formación profesional
- Momento de incorporación a la institución
- Funciones que desempeña en la institución

• PROGRAMA /IMPLEMENTACION

- ¿Conoce el Plan provincial?
- ¿Considera que existe coordinación en la red?
- ¿Tiene evaluaciones por parte de las autoridades?

• DISPOSITIVO INSTITUCIONAL Y RECURSOS

- ¿Considera que los recursos que le facilita la institución para desarrollar su trabajo son adecuados?

• DINAMICA DE TRABAJO

- Supervisión de casos, y de grupos su frecuencia
- ¿Participa de las reuniones de equipo?
- Evaluación de las acciones implementadas. ¿Quién las efectúa?

• POBLACION ATENDIDA

- Características generales de los casos atendidos
- Cambios observados con respecto al tipo de consumo, edad, contexto social, económico. ¿Qué se ha modificado, y desde cuándo?
- Observa mayor deterioro en los pacientes, físico o psiquiátrica, a qué lo atribuye
- Observa un aumento de las patologías psiquiátricas. Existe mayor demanda de pacientes considerados duales.

• VISIBILIDAD /PROBLEMAS

- ¿Considera que la atención de necesidades es suficiente o insuficiente? ¿Por qué?
- ¿Considera que el CPA llega a poblaciones vulnerables?

PROCOLO DE ENTREVISTA A ABOGADA CPA MAR DEL PLATA

• FORMACION Y/O TRAYECTORIA PROFESIONAL

- Perfil de formación profesional
- Momento de incorporación a la institución
- Funciones que desempeña en la institución

• PROGRAMA /IMPLEMENTACION

- ¿Conoce el Plan Provincial?
- ¿Considera que existe coordinación en la red?
- ¿Tiene evaluaciones por parte de las autoridades distritales?

• PROBLEMAS ESPECÍFICAS DE SU SECTOR

- ¿Qué tipo de problemáticas atiende?
- ¿Qué tipo de intervenciones realiza?

• ARTICULACION DE DISCIPLINAS

- ¿Cómo articula su tarea?
- Específicamente entre el ámbito jurídico, educativo, y el clínico

• VISIBILIDAD/ PROBLEMAS

- ¿Considera que la atención de necesidades es suficiente o insuficiente?
- ¿Considera que el CPA llega a poblaciones vulnerables?

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A ASISTENTE SOCIAL

• **FORMACION Y/O TRAYECTORIA PROFESIONAL**

- Momento de incorporación a la institución
- Funciones (específicas para cada disciplina)

• **SERVICIOS Y ACTIVIDADES**

- ¿Cuáles son los servicios sociales de la institución?
- ¿Qué problemáticas sociales son las más frecuentes?
- ¿Qué perfil social tienen los pacientes del CPA de Mar del Plata? ¿Cómo lo evalúa?
- ¿En caso de abandono en el tratamiento se concurre a su domicilio, lugar de trabajo, etc., para hacer una evaluación?
- ¿Qué tipo de seguimiento desde el servicio social se hace a los pacientes?
- ¿Se realiza trabajo de campo? ¿se visita a los pacientes y su familia en su domicilio?
- ¿Se efectúa un diagnóstico social sobre los barrios en los que se llevarán a cabo las intervenciones?
- ¿Qué campañas de prevención comunitaria se han implementado en el último año?
- ¿En qué medida se llevan adelante los programas de prevención con poblaciones objetivo? ¿Dónde? ¿Cómo?
- ¿Se ha producido la expansión o bien la descentralización del CPA hacia unidades periféricas? ¿Mediante qué acciones?
- ¿Cómo evalúa el servicio prestado?

• **PROGRAMA /IMPLEMENTACION**

- ¿Conoce el programa provincial?
- ¿Cómo se lleva adelante a nivel comunitario? ¿Existe algún tipo de participación de la comunidad?
- ¿Considera que existe coordinación en la red?
- ¿Tiene evaluaciones por parte de las autoridades distritales, son adecuadas?

• **DISPOSITIVO INSTITUCIONAL Y RECURSOS**

- ¿Considera que los recursos que le facilita la institución para desarrollar su trabajo son adecuados?

• **DOTACION DE RECURSOS HUMANOS**

- Instancia de capacitación, supervisión, y contención, ¿cuándo, cómo se realizan y si la considera suficiente?

• **DINAMICA DE TRABAJO**

- Supervisión de casos, y de grupos, su frecuencia, y seguimiento, ¿quién la efectúa?
- Evaluación de las acciones implementadas, ¿cuándo, cómo, quién las efectúa?

• **POBLACION ATENDIDA**

-Características de los casos atendidos: Grupo social al que pertenecen, nivel socio económico y cultural, inserción laboral.

-Barrio al que pertenecen. Los pacientes cuentan con recursos para trasladarse al CPA?

-Cambios observados con respecto a tipo de consumo, edad, contexto social, etc.
¿Qué se modificó, desde cuándo?

-Características de los grupos familiares: ¿son contenedores? ¿observa mayor fragmentación en las familias, acompañan al paciente? ¿Cuál es su intervención?

-¿Realiza visitas domiciliarias, para observar a los pacientes en su entorno?

-En el caso de los pacientes judicializados, ¿Cuál es su intervención?

• **VISIBILIDAD Y PROBLEMAS**

-¿Considera que la atención de necesidades es suficiente o insuficiente, ¿porqué?

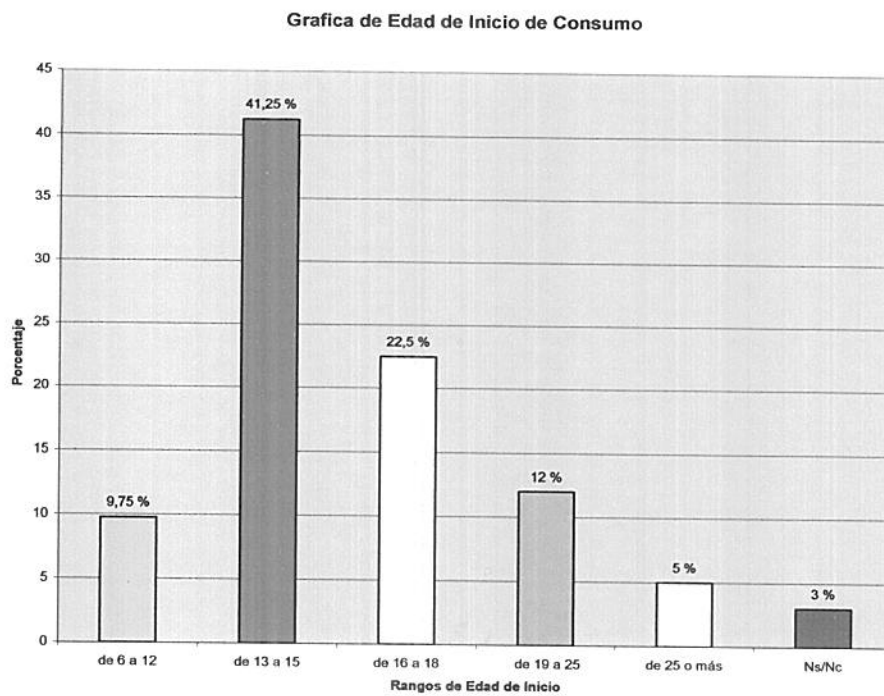
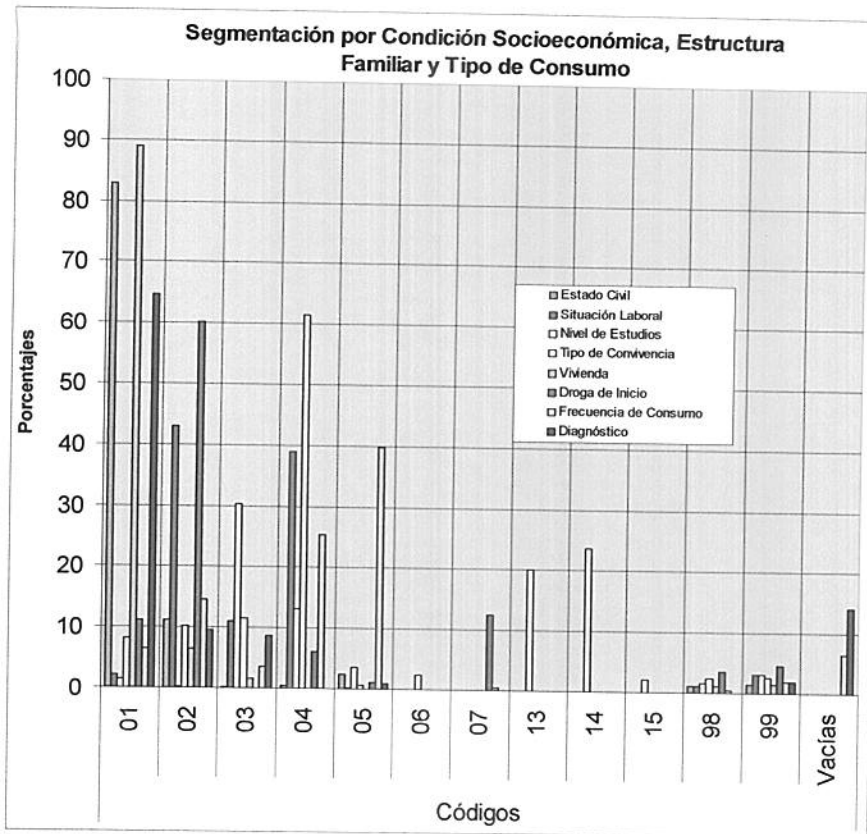
-¿Considera que el CPA llega a las poblaciones vulnerables?

-¿Cómo se realiza el relevamiento de necesidades en estas comunidades?

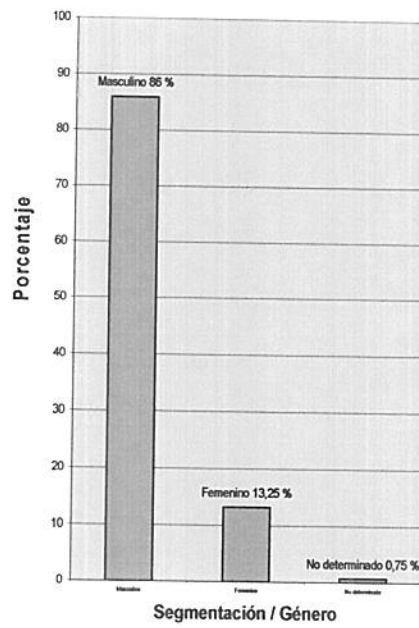
-¿Se produce demanda de atención en estas poblaciones?

-¿Qué visibilidad tiene el CPA local en las comunidades periféricas? ¿lo reconocen como un servicio, es decir como institución provincial de atención a las adicciones?

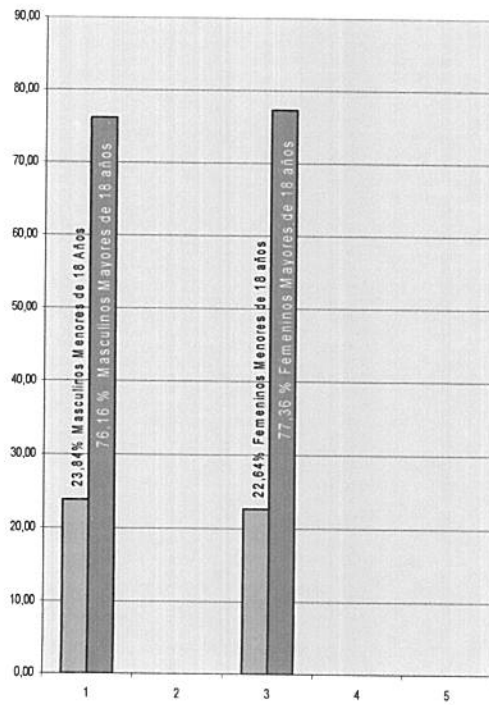
-¿Qué alternativas comunitarias considera que pueden implementarse para atender a poblaciones en riesgo o vulnerables?



Gráfica de porcentuales según género



Gráfica de Diferencia de Consumo según Género y Edad (Mayor o Menor de 18 años)



Segmentación Edad / Sexo	Cant.	%	Segmentación Edad				Promedio de Edad	
			Menores de 18		Mayores de 18			
			Cant.	%	Cant.	%		
Género	Masculino	344	86	82	23,84	262	76,16	25
	Femenino	53	13,3	12	22,64	41	77,36	28
	No determinado	3	0,75	3				

Cantidad de Drogas	Cant.	%
1 Sola	161	40,3
Más de 1	217	54,3
No Sabe / No Contesta	22	5,5

Rangos	Casos	%
de 6 a 12	39	9,75
de 13 a 15	165	41,3
de 16 a 18	90	22,5
de 19 a 25	48	12
de 25 o más	20	5
Ns/Nc	12	3
98	26	6,5

Promedios	Edad media de Inicio Tratamiento	Edad media de Inicio de Consumo	Diferencia Consumo / Tratamiento
	26	16	10



Variables Codificadas / Cantidad de Casos sobre muestra 400																
Variables	Codificación / Resultados															
	01	02	03	04	05	06	07	13	14	15	98	99	Vacías			
Estado Civil	331	45	1	2	10						5	6				
Situación Laboral	9	172	44	156	1						5	13				
Nivel de Estudios	6	1	121	53	15			80	95	9	7	13				
Tipo de Convivencia	33	41	46	246	3	10					10	11				
Estructura Familiar	294	80	7								5	14				
Vivienda	356	26	7								5	6				
Droga de Inicio	45	241		25	5		50				15	19				
Frecuencia de Consumo	26	58	15	102	159		2				2	8	25			
Diagnóstico	258	38	35		2							8	57			
Variables Codificadas / Porcentuales sobre muestra 400																
Variables	Códigos															
	01	02	03	04	05	06	07	13	14	15	98	99	Vacías			
Estado Civil	82,8	11,3	0,25	0,5	2,5	0	0	0	0	0	1,25	1,5	0			
Situación Laboral	2,25	43	11	39	0,25	0	0	0	0	0	1,25	3,25	0			
Nivel de Estudios	1,5	0,25	30,3	13,3	3,75	0	0	20	23,8	2,25	1,75	3,25	0			
Tipo de Convivencia	8,25	10,3	11,5	61,5	0,75	2,5	0	0	0	0	2,5	2,75	0			
Estructura Familiar	73,5	20	1,75	0	0	0	0	0	0	0	1,25	3,5	0			
Vivienda	89	6,5	1,75	0	0	0	0	0	0	0	1,25	1,5	0			
Droga de Inicio	11,3	60,3	0	6,25	1,25	0	12,5	0	0	0	3,75	4,75	0			
Frecuencia de Consumo	6,5	14,5	3,75	25,5	39,8	0	0,5	0	0	0	0,5	2	6,5			
Diagnóstico	64,5	9,5	8,75	0	1	0	0	0	0	0	0	2	14,25			
Referencias																
Valores Mayores por Segmentación																
Valores Mínimos por Segmentación																

CODIFICACION DE VARIABLES SEGÚN LO ESTABLECIDO POR EL CPA MAR DEL PLATA

ESTADO CIVIL

Soltero	01
Casado	02
Viudo	03
Divorciado	04
Separado	05
Otras	98
Desconocido	99

SITUACION LABORAL

Nunca trabajo	
Remunerado	01
Trabajo fijo	02
Desocupado	04
Pensionista	05
Otro	98

NIVEL DE ESTUDIOS

Analfabeto	01
Leer y escribir	02
Primario	03
Primario Incompleto	13
Secundario	04
Secundario Incompleto	14
Terciario	05
Terciario Incompleto	15
Otros	98
Desconocido	99

TIPO DE CONVIVENCIA

Sólo	01
Cónyuge	02
Pareja	03
Fam. Origen	04
Fam. Sustituta	05
Institución	06
Otros	98
Desconocido	99

ESTRUCTURA FAMILIAR

Contenedora	01
Abandónica	02
Carencia	03
Otros	98
Desconocido	99

TIPO DE VIVIENDA

Fija (con mecanismo de control social)	01
Alterna (dist.lugares marginal)	02
Carece	03
Otros	98
	99

DROGA DE INICIO

Cocaína	01
Cannabis	02
Alucinógenos	03
Sust. Volátiles	04
Psicofármacos	05
Opiáceos	06
Alcohol	07
Heroína	08
Extasis	09
Anfetaminas	10
Crack	11
Pasta base	12
Otras	98
Desconocida	99

FRECUENCIA DE CONSUMO

Abstinencia	01
De 1 a 3 veces/mes	02
Alguna vez/semana	03
3 veces/semana	04
Diariamente	05
Otras	98
Desconocida	99

DIAGNOSTICO

Sin trastorno	01
Trastorno leve o compensado	02
Con trastorno	03
Otros	98
Desconocido	99

Mar del Plata, Agosto 2008

Dejo constancia que la Sra. Mónica Alberro ha realizado una concurrencia en este Centro Provincial de Atención a las Adicciones como observadora no participante, rotando por todos los dispositivos terapéuticos desde el mes de diciembre de 2006 y finalizando el mes de marzo de 2008.-


LIC. SONIA A. RIASOS
Directora C.P.A. Mar del Plata
Subsecretaría de Atención a las Adicciones
Ciudad de Mar del Plata, Bs. As.

BIBLIOGRAFIA

- Arroyo, A. (2003) *Los riesgos de etiquetar a los consumidores de drogas*. Instituto para el estudio de las adicciones. Dirección General de Atención a las Drogodependencias. Disponible en [http:// www. ianet/index.php](http://www.ianet/index.php). [Consultado: 5 noviembre 2007]
- Baczko, B. (1985) *Imaginación Social*. Buenos Aires: Casa de la Moneda Portuguesa. 403
- Calabrese, S. (1994) *Drogadicción y Educación*. Buenos Aires: Tekne. 45
- Castel, R. & Copel, A. (1994) Los controles de la toxicomanía En EHERENBER, A. (Comp.) *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hopenhyn, D. (Comp.) (2002) *Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buena prácticas*. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social CEPAL.
- Del Olmo, R. (1997) *Los medios de comunicación social y las drogas*. Grupo Comunicar. Colectivo andaluz para la Educación en Medios de Comunicación. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Ciencias Sociales y Humanidades. 119 -124. Disponible en: [http:// redalyc.uamex.mx/ redalyc/src pdf](http://redalyc.uamex.mx/redalyc/src/pdf) [Consultado: 5 enero 2008]
- Del Olmo, R. (1989) *Drogas. Distorsiones y realidades*. Revista Nueva Sociedad Nro. 102. 81 -93. Disponible en: http://nuso.org/upload/articulos_pdf [Consulta: 10 enero 2008]
- INE Mar del Plata (2006) EPIDEMIOLOGIA BASICA. En: *Epidemiología General*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara. 48-53
- Decreto 1370/2003. Departamento de Gobierno de la provincia de Buenos Aires. La Plata. Buenos Aires
- Dejours, C. (2006) *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topia. 31-34
- Guía de estudios y capacitación para directores y coordinadores de programas preventivos (1995) Buenos Aires: Secretaria para la Prevención y la Atención de las Adicciones. En: Lorea, C. (2006) *Políticas sociales en salud. Un análisis interpretativo acerca de los paradigmas e intervenciones frente al consumo de drogas*. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Tandil. 155 -158
- Informe de gestión 2006/2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la provincia de Buenos Aires.
- Korman, V. (1990) *Y antes de la droga ¿Qué?* Barcelona: Grupo Igia.191

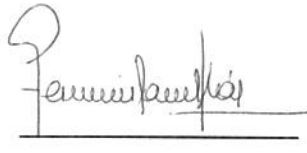
- Kornblit, A. (2007) *Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales, Modelos procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos. 9-27
- Lorea, C. (2006) *Políticas sociales en salud. Un análisis interpretativo acerca de los paradigmas e intervenciones frente al consumo de drogas*. Tesis de grado. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Tandil
- Carrio, E., Martello, W. & Cinquerri, S. (2006) *Paco la punta del iceberg*. Comisión de Prevención a las Adicciones.. Disponible en: <http://www.ari.org.ar/documentos/síntesis/doc> [Consultado: 10 de abril 2008]
- Mazzotti, P. (2005) Las drogas sus implicancias culturales, políticas y económicas. En: *Jornadas de Fomento de Investigación*. Jamaica: Universidad de Jamaica. 10–12.
- Menéndez, M. (2002) *Consumo de drogas una perspectiva antropológica*. Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología. Disponible en: <http://www.antropología.naya.org.ar/html> [Consultado: 15 diciembre 2007]
- Morales, C. (2007) *Las drogas en el siglo XX*. Disponible en: <http://www.liberaddictus.org.html> 1-3 [Consultado: 20 abril 2008]
- Plan Provincial de Atención a las Adicciones 2003 – 2007. Subsecretaría de Atención a las Adicciones. Ministerio de Salud – Gobierno de la provincia de Buenos Aires.
- Pagina Web Subsecretaria de Atención a las Adicciones. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Gobierno de la provincia de Buenos Aires.2008 <http://www.sada.gba.gob.ar>
- Programa Provincial de Atención y Prevención de las Adicciones (1995) Buenos Aires: Secretaria de Prevención y atención a las Adicciones. En Lorea, C. (2006) *Políticas sociales en salud. Un análisis interpretativo acerca de los paradigmas e intervenciones frente al consumo de drogas*. Tesis de grado. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Tandil.158
- Romani, O. (1997) *Etnografía y drogas. Discursos y prácticas*. Buenos Aires: Nueva Antropología, Revista de Ciencias Sociales. 39 -66
- Romo, N (2006) *Genero y uso de drogas La invisibilidad de las mujeres*. Fundación Medicina y Humanidades Médica. 73 -80. Disponible en: <http://www.fundacionhmm.org.html> [Consultado: 12 mayo 2008]
- SIEMPRO; *Sistema de información y monitoreo y evaluación de programas sociales* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Suárez, E (2006) *Tratamiento para las adicciones como construcción y su articulación con el lazo social*. Con-versiones. Disponible en: <http://www.Con-versiones.com.ar/nota0591htm> [Consultado: 18 de marzo 2008]
- Tabares, H (2007) *Consumidores y drogas. Aportes a la prevención y a la clínica desde un enfoque comunitario y psicosocial*. Buenos Aires: Gabas. 35 - 41
- Testa, M (1989) *Pensamiento estratégico y lógica de programación (El Caso de Salud)*. Buenos Aires: Lugar

-Touze, G (1999) Prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención. Intercambios. Disponible en: <http://www.drogas.bioetica.org/drogoestupeqf.htm> [Consultado: 13 de febrero 2008]

-Vallejo, N. (1998) *Aspectos toxicológicos de la drogodependencia*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. Presidencia de la Nación. 1-4



Firma del Director



Firma del Co-Director



Firma del Alumno

Resultado de la evaluación

Mar del Plata, 8 de octubre 2008



Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de Mónica Liliana Alberro de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse sin el previo consentimiento de la autora.

Los que suscriben manifiestan que el presente informe final ha sido elaborado por Mónica Liliana Alberro, Matrícula N 4560, conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días del mes de Octubre de 2008.



Mg. María Inés Pacenza


Lic. Fermín Más